

Enfant(s) :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Age :
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Age :
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Age :
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Age :

Coordonnées du responsable légal : autre (préciser)

Représentant légal 1 : Nom :	Prénom :
Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	Date de naissance :/...../..... (obligatoire)
Situation familiale :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Tél privé :	Tél portable :
Tél travail :	
Email :(obligatoire)	

Représentant légal 2 : Nom :	Prénom :
Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>	Date de naissance :/...../..... (obligatoire)
Situation familiale :	
Adresse :	
Code postal :	Commune :
Tél privé :	Tél portable :
Tél travail :	
Email :	

N° d'allocataire CAF : **Quotient familial** :

(Tarif calculé en fonction du quotient familial - joindre une attestation de la CAF)

CAF du Bas-Rhin :

CAF de la Moselle :

Autre :

Personne à prévenir en cas d'absence :

Nom – prénom : N° de téléphone :

Lien de parenté :

AUTORISATIONS

Médecin traitant :

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone : _____

Autorisation d'intervention en cas d'urgence :

Autorisons l'équipe éducative de la structure à prendre les décisions nécessaires qui s'imposent en cas d'urgence, pour tout acte médical.

Si les deux parents ne sont pas joignables, les personnes à prévenir seront :

<u>Nom-Prénom</u>	<u>Lien de parenté</u>	<u>N° de téléphone</u>

Autorisation concernant le départ de l'enfant :

L'enfant sera remis à la personne qui l'a confié.

Autorisons l'équipe éducative de la structure à confier notre enfant à toute personne mandatée ci-dessous. Nous nous engageons à prévenir le personnel de tout changement de personne.

<u>Nom-Prénom</u>	<u>Lien de parenté</u>	<u>N° de téléphone</u>

Autorisation pour photos et films

Autorisons l'équipe éducative à photographier, à filmer notre enfant, lors des activités. Nous avons bien été informés que ces clichés ne seront utilisés qu'à des fins professionnelles, dans le cadre d'articles de journaux, site internet du centre socio culturel, d'expositions concernant les activités de la structure, ou des projections filmographiques lors de manifestations ponctuelles.

Oui :

Non :

Autorisation consultation quotient familial CAF

Autorisons le Centre Socio Culturel à consulter mon quotient familial avec l'outil CDAP, en cas de refus il faudra nous fournir une attestation de la CAF. A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Oui :

Non :

J'ai bien pris note des informations suivantes :

Les inscriptions se font uniquement à l'accueil, il faut obligatoirement être adhérent de l'association pour pouvoir participer à nos différentes activités (**adhésion 2023/2024**)

- 8€ pour une adhésion individuelle
- 10€ pour une adhésion familiale

**Au moment de l'inscription, je verse la totalité du montant à payer.
L'inscription est ferme est définitive.**

En cas d'annulation ou d'absence, nous présenter obligatoirement un certificat médical sous 15 jours, faute de quoi aucun remboursement ne sera possible.

Fait le _____ à _____

Signature(s) :



1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**Joindre OBLIGATOIREMENT
la copie des vaccins**

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

5 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare
exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.*

Date :..... Signature :.....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'O

DU CENTRE DE VACANCES



OBSERVATIONS