

Fiche d'inscription 201 - 201

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Né(e) le : Adresse :

Lieu de naissance :
.....

Médecin traitant : Téléphone :

Classe : Ecole : Professeur :

Régime	Situation financière
N° d'allocataire :	Nb d'enfants à charge : Nb d'enfants total :
Quotient familial :	Date d'effet :

Parent 1	Parent 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Date de naissance :	Date de naissance :
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Situation familiale :	Situation familiale :

Autorise la diffusion de l'image de mon enfant :

OUI NON

Autorise mon enfant dans le cadre d'une sortie encadrée par les animateurs diplômés de l'association à sortir du territoire français pour les besoins du centre de loisirs que propose l'association porte ouverte durant les vacances

OUI NON

Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison (ou avec Mr ou Mme :)

OUI NON

Tarifs : calculés selon votre Quotient Familial CAF

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engager à le respecter. Et autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les inscriptions des médecins

Pièces à fournir :

- Fiche d'inscription remplie
- Attestation CAF mentionnant le numéro d'allocataire et le montant
- Le carnet de santé avec les vaccins à jour
- Attestation d'assurance de responsabilité civile

Les dossiers incomplets de seront pas acceptés

Signature

Inscription prise par

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil sur demande.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____

Accueil : séjour de vacances
 accueil de loisirs/ accompagnement à la scolarité
 séjour dans une famille

Adresse : 13a rue du Hohwald 67000 Strasbourg

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole	
Poliomyélite ou DT polio		Coqueluche	
ou Tétracoq		Autres (préciser)	
B.C.G.			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux (pour les séjours) :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non
 Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicaments oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre. _____

III - Recommandations utiles : _____

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? _____

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____

portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) _____

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____

Date : _____

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :
 Association Porte Ouverte
 13A rue du Hohwald
 67000 Strasbourg
 Tél : 03.86.32.73.14

Observations : _____