

FICHE D'INSCRIPTION ETE 2014

Du 7 juillet au 8 août 2014

Association Porte Ouverte

A.L.S.H secteur jeunes 12-17 ans



ENFANT :

Nom : Prénom :

Né(e) le : Lieu de naissance :

Médecin traitant : N° téléphone médecin :

PARENT :

Nom :

Prénom :

Profession :

Téléphone : Portable :

Adresse :

Email :

- J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant : OUI NON
- J'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 de centre de loisirs : OUI NON
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison OUI NON

La signature de ce document confirme que j'ai pris connaissance du fonctionnement de l'accueil de loisirs sans hébergement, association « Porte Ouverte ».

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche recto-verso et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.

Outre cela, j'autorise le Directeur de l'ALSH à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence ».

Signature (précédée de la mention « lu et approuvée »)

A, le



Association Porte Ouverte
www.porteouverttegg67.fr

13 a rue du Hohwald - 67000 STRASBOURG
Tél. : 03.88.32.73.14 Mail. : porte.ouverte67@orange.fr





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Association Porte Ouverte

A.L.S.H secteur jeunes 12-17 ans

Saison estivale 2014



A compléter

Enfant : Fille Garçon Date de naissance :
Nom : Prénom :

Vaccination :

Veuillez compléter le tableau ci-dessous

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dernier rappel	Vaccins recommandés	OUI	NON	Dates
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT Polio				Autre (à préciser)			
Ou Tétracoq							
B.C.G							

Renseignements médicaux :

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical ? OUI NON

Cochez la case correspondante

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de votre enfant).

Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

- Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
(Compléter le tableau ci-dessous)



Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	OUI/NON	

Allergies médicamenteuses : OUI NON
 Asthme : OUI NON
 Allergies alimentaires : OUI NON
 Autres : OUI NON à préciser

Préciser la cause de l'allergie de votre enfant, ainsi que la conduite à tenir en cas de problème :

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

Recommandations utiles :

Préciser si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ... :

Préciser si votre enfant rencontre des problématiques quelconque qu'il serait utile de préciser (au bon vouloir de chacun)

Signature (précédée de la mention lu et approuvée) :

Date :

Association Porte Ouverte

www.porteouverttegg67.fr

13 a rue du Hohwald - 67000 STRASBOURG

Tél. : 03.88.32.73.14 Mail. : porte.ouverte67@orange.fr

