

Fiche d'inscription été 2011

Je soussigné(e) Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Tél. Professionnel : Employeur :

Adresse mail :

Conjoint : Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : Employeur :

Autorise mon enfant:

Nom : Prénom : Date de naissance :

A participer aux activités suivantes :

..... Date(s) : Lieu :

..... Date(s) : Lieu :

..... Date(s) : Lieu :

..... Date(s) : Lieu :

Je verse la somme de : € (merci de payer séparément les activités «enfants» et les activités «jeunes»)

Par chèque (à l'ordre de la FDMJC67) Espèces (nous acceptons les chèques vacances)

Personne à joindre en cas de problème :

Adresse : Tél. :

N° CAF ou MSA : (mention obligatoire)

J'atteste être couvert par l'assurance en responsabilité civile : (nom de la compagnie)

N° de police :

J'autorise mon enfant à être filmé et photographié : oui non (Ces images pourront être utilisées à des fins strictes d'illustration et de promotion des activités non commerciales : plaquette d'information, presse, vidéo, site internet, journal de la CCPLPP)

J'autorise mon enfant à être véhiculé par l'animatrice : oui non

J'autorise mon enfant à participer à la sortie en bus : oui non

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la maison : oui non. Si non, il sera cherché par :

Je souhaite une attestation de fin de séjour : oui non

Fait à Le SIGNATURE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom : Prénom : Date de naissance :

VACCINATIONS : Joindre à la présente la photocopie des vaccins, attestant que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 eu les maladies suivantes ?

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Allergies :

- Asthme Oui Non
- Médicamenteuse Oui Non
- Alimentaires Oui Non
- Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc. Précisez :

.....
.....

Nom, Prénom, adresse et n° de tél du médecin traitant :

.....

Je soussigné(e) Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Autorise / n'autorise pas le Directeur du centre de vacances à faire soigner mon enfant (les frais de transport et d'hospitalisation seront à ma charge) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Fait à Le SIGNATURE