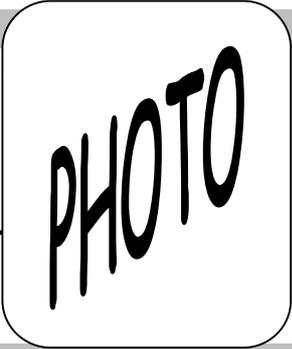


ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Nom : **Prénom :**
Date de naissance : / / **Sexe :** Masculin Féminin
Adresse :
Code Postal : **Ville :**
Ecole : **Classe :**
Ramassage scolaire : jamais
 oui, précisez le lieu : matin soir



RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Père et Mère Père Mère Tuteur

	1 ^{er} Responsable	2 ^{ème} Responsable
Nom Prénom		
Adresse		
Commune Code postal		
Téléphone domicile		
Portable		
E-mail		
Profession		
Facturation :	<input type="checkbox"/> au nom du 1 ^{er} responsable OU <input type="checkbox"/> partagée entre les 2 responsables.	

1 - ENFANT
FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
 NOM :
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 GARÇON FILLE

Année scolaire 2016-2017

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles ; elle évite de vous démunir de votre carnet de santé

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
ALLERGIES :	ASTHME	MÉDICAMENTEUSES	
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	AUTRES	
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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

REGIME

 CAF MSA AUTRE**NUMERO D'ALLOCATAIRE****N° sécurité sociale :**

QUOTIENT FAMILIAL

 < à 510 entre 511 et 1000 > à 1001

Pour les allocataires CAF : demander à votre CAF un justificatif ou j'autorise la responsable à consulter « CAF PRO » (site de la CAF réservé aux agents habilités) pour connaître mon quotient familial

Pour les autres allocataires : demander un justificatif auprès de votre organisme.

Je ne souhaite pas donner ces informations, je bénéficierai de la tarification de base.

ASSURANCE

Compagnie d'Assurance périscolaire scolaire : N° de police :

FRÉQUENTATION

Pendant l'année scolaire, mon enfant sera amené à fréquenter :

Le restaurant scolaire, sur le site de :

L'accueil du matin et/ou du soir, sur le site de :

Le centre de loisirs de la cdc à Chanu

Pour inscrire mon enfant : je remplis le bon de réservation et le transmets à l'Accueil **au moins 8 jours avant** par papier.

AUTORISATION

Je soussigné (e) M., agissant en qualité de responsable légal de l'enfant..... l'autorise à participer à toutes les activités organisées sur les temps périscolaires (restauration, accueil matin et soir et mercredi AM)

En cas d'indisponibilité, j'autorise M..... à récupérer mon enfant.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation de l'image de mon enfant (affichage photos, site internet de la CdC...).

Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur 2016-2017 et m'engage à respecter les délais d'inscription et de désistement.

Fait à Le/...../.....

Signature :

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

oui non

SI LE S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : PRENOM :
ADRESSE (pendant le séjour) :

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S à 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES