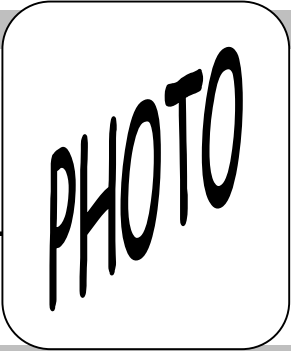


**ETAT CIVIL DE L'ENFANT**

**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 <sup>er</sup> Responsable	2 <sup>ème</sup> Responsable
Nom Prénom		
Adresse		
Commune Code postal		
Téléphone domicile		
Portable		
E-mail		
Profession		
<b>Facturation :</b>	<input type="checkbox"/> au nom du 1 <sup>er</sup> responsable <b>OU</b> <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"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/>
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'ALLOCAIRE****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 REGLÉE ?

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