

Fiche d'inscription

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....



DATE DU SEJOUR : du /..... /..... au /..... /.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

N° de sécurité social :

Nom :

Prénom :

Lien avec l'enfant

Adresse

Tel. fixe : /..... /..... /..... /.....

Port : /..... /..... /..... /.....

Bureau : /..... /..... /..... /.....

Email :@.....

Autorisation d'envoyer la confirmation par mail : OUI / NON

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche. D'autre part nous nous engageons à fournir le jour du départ la fiche sanitaire accompagnée des certificats médicaux ou d'aptitudes spécifiques demandées pour le séjour et s'il y a lieu, à rembourser au centre le montant des frais médicaux.

A Le

Porter la mention «lu et approuvé » et signer.

Monsieur

Madame

Chef d'établissement





1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON 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
Diphtérie				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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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"/>	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 oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

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

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

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ?

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) rendues 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

.....

.....

Mon trousseau pour la semaine

Nom : Prénom :
Séjour du : au :

TROUSSE DE TOILETTE	CONTENU VALISE	CONTENU ARRIVÉE	CONTENU DÉPART
1 PEIGNE ET/OU BROUSSE			
1 BROUSSE A DENTS / DENTIFRICE			
1 SAVON / GEL DOUCHE			
1 SHAMPOING			
1 CREME SOLAIRE			
LINGE ET VETEMENTS			
1 DRAP HOUSSE			
1 TAIE OREILLER			
1 SAC DE COUCHAGE			
6 TEE SHIRT			
6 SLIPS / CALECONS / CULOTTES			
6 PAIRE DE CHAUSSETTES			
1 CHEMISE / CHEMISIER			
2 JEAN'S			
4 SHORTS			
1 JOGGING			
1 PULL / SWEAT			
1 PYJAMA			
1 VESTE / BLOUSON			
1 K-WAY			
1 CASQUETTE			
1 PAIRE DE BASKETS			
1 MAILLOT DE BAIN			
2 SERVIETTES			
1 DRAP DE BAIN			
1 GANT DE TOILETTE			
1 PAIRE DE LUNETTE DE SOLEIL			
OPTIONNEL			
ARGENT DE POCHE - 10€ MAXIMUM			
1 LAMPE DE POCHE			
JEUX DE CARTE, MINI JEUX DE SOCIÉTÉ			
MOUCHOIRS EN PAPIER			

AFFAIRES OPTIONNELLES RELATIVES A L'ACTIVITÉ ÉQUITATION

PANTALON D'ÉQUITATION, BOTTES, BOOTS/MINI SHAPS, BOMBE...

NB : CE MATERIEL N'A RIEN D'IMPÉRATIF, NE LE PREVOYER QUE SI L'ENFANT LE POSSÈDE DÉJÀ