

Fiche d'inscription

N° allocataire Obligatoire : _____
Régime C.A.F : Général Particulier
Quotient Familial : _____ € (joindre une attestation récente)

Nom du jeune : _____
Prénom du jeune : _____
Date de naissance : _____ (âge : _____)
Etablissement scolaire : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : / / / /
Email : _____ @ _____
Personne à contacter en cas d'urgence : _____
Tel : _____
J'autorise les structures à prendre des photos, vidéos durant les activités et les diffuser. Oui Non
Je soussigné, Mr ou Mme _____ autorise les responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.
Signature : _____

Choix Stages

Stage A	<input type="checkbox"/>	Stage D	<input type="checkbox"/>
Stage B	<input type="checkbox"/>	Stage E	<input type="checkbox"/>
Stage C	<input type="checkbox"/>		

Juillet

Sorties Jeunes

Ange Michel	<input type="checkbox"/>	7€
Accrobranche	<input type="checkbox"/>	7€
Cobac parc	<input type="checkbox"/>	7€
Sortie Vélo / Soccer	<input type="checkbox"/>	4€

Sortie Habitants

Zoo La Bourbansais	<input type="checkbox"/>	7€
--------------------	--------------------------	----

AOÛT

Sorties Jeunes

Atelier écriture	<input type="checkbox"/>	gratuit
Light Painting	<input type="checkbox"/>	gratuit
Village sportif/multi sport	<input type="checkbox"/>	gratuit
Wakeboard	<input type="checkbox"/>	7€

Sortie Habitants

Parc de loisirs LE CAROUJ	<input type="checkbox"/>	3€
---------------------------	--------------------------	----

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES AUX ANIMATEURS

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? non oui

SI OUI, LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Poids :

Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

.....

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
.....

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

Signature :

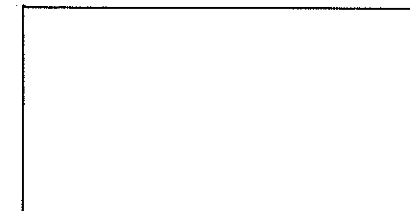
DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

OBSERVATIONS :

.....

Cachet de l'organisme



I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	____ / ____ / ____
Du DT-coq	____ / ____ / ____
Du Tétracoq	____ / ____ / ____
D'une prise polio RAPPELS	____ / ____ / ____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES		DATES		DATES	
1 ^{er} VACCIN	____ / ____ / ____	VACCIN	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
REVACCINATION	____ / ____ / ____	1 ^{er} RAPPEL	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	____ / ____ / ____
.....	____ / ____ / ____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
<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"/> oui
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
<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"/> oui

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... / ____ / ____
 / ____ / ____
 / ____ / ____