

FICHE D'INSCRIPTION DE L'ALSH ELEMENTAIRE
DE BESSE SUR ISSOLE

** Rayer la mention inutile*

ENFANT:

Nom: _____

Prénom: _____

Date et lieu de naissance: _____

Classe: _____

PARENTS:

Mère:

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Profession: _____ * temps plein * temps partiel

N° tél: _____

Mail: _____

Père:

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Profession: _____ * temps plein * temps partiel

N° tél: _____

Mail : _____

Situation familiale:

*Célibataire *Mariés *Vie maritale *Divorcé(e) *Veuf(ve)

N° D'allocataire: _____

J'autorise le directeur du centre de loisirs à utiliser mon numéro d'allocataire pour se rendre sur le site internet de CDAP.

Médecin:

Nom: _____

Tél: _____

Personnes à prévenir en cas de besoin:

Nom: _____ Tél: _____

Nom: _____ Tél: _____

Nom: _____ Tél: _____

JE SOUSSIGNÉ(E) : _____

REPRÉSENTANT LÉgal DE : _____

AUTORISATION DE SORTIE :

***Rayer la mention inutile**

☐ **Autorise* ☐ **N'autorise pas mon enfant*
à participer aux sorties à l'extérieur des locaux du centre de loisirs de BESSE SUR ISSOLE
(village, sortie en bus.....)

AUTORISE A RECUPERER MON ENFANT :

Nom: _____	Tél: _____
Nom: _____	Tél: _____
Nom: _____	Tél: _____
Nom: _____	Tél: _____

DROIT A L'IMAGE :

***Rayer la mention inutile**

☐ **Autorise* ☐ **N'autorise pas le centre de loisirs de BESSE SUR ISSOLE à prendre mon enfant en photo pendant les activités et les sorties du centre de loisirs.*

☐ **Autorise* ☐ **N'autorise pas le centre de loisirs de BESSE SUR ISSOLE à diffuser les photos de mon enfant sur le site internet de la mairie de BESSE SUR ISSOLE.*

FAIT A BESSE SUR ISSOLE LE :

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL :

Je soussigné(e) Mr, Mme..... responsable légal
de l'enfant..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur
de l'accueil de loisirs de BESSE SUR ISSOLE, et en accepter les conditions.

Lu et approuvé

le :

signature du responsable légal :



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARCON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CLAIRES :
LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

Voire enfant mouille-t-il son lit ? oui ☐ non ☐ parfois ☐

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRE, ETC... PRECISEZ.

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) :

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____
NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS