

## PARTIE RÉSERVÉE AU CENTRE SOCIOCULTUREL

Première année : 20...../20.....

Montant du QF : .....

Date de mise à jour : ...../...../.....

QF n° : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Adhésion réglée

Individuelle  Famille

Copie des pages de vaccination

Fiche sanitaire complétée et signée

Deuxième année : 20...../20.....

Montant du QF : .....

Date de mise à jour : ...../...../.....

QF n° : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Adhésion réglée

Individuelle  Famille

Copie des pages de vaccination

Fiche sanitaire vérifiée/modifiée

Date : .....

Signature du parent :

Troisième année : 20...../20.....

Montant du QF : .....

Date de mise à jour : ...../...../.....

QF n° : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Adhésion réglée

Individuelle  Famille

Copie des pages de vaccination

Fiche sanitaire vérifiée/modifiée

Date : .....

Signature du parent :

Quatrième année : 20...../20.....

Montant du QF : .....

Date de mise à jour : ...../...../.....

QF n° : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Adhésion réglée

Individuelle  Famille

Copie des pages de vaccination

Fiche sanitaire vérifiée/modifiée

Date : .....

Signature du parent :



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOSSIER D'INSCRIPTION - DOCUMENT CONFIDENTIEL



NOM DU MINEUR : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :  F  M ÉCOLE : ..... CLASSE : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant.

(Arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

### 1 - RESPONSABLES DU MINEUR

**Responsable n°1 :**  père  mère  Autre : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Tél DOMICILE : ..... Tél PORTABLE : .....

Tél TRAVAIL : ..... PROFESSION : .....

MAIL : .....

**Responsable n°2 :**  père  mère  Autre : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Tél DOMICILE : ..... Tél PORTABLE : .....

Tél TRAVAIL : ..... PROFESSION : .....

MAIL : .....

### 2 – FACTURATION

Je souhaite recevoir les factures à l'adresse mail suivante :

Allocataire :  C.A.F  M.S.A..... N° Allocataire : .....

### 3 – VACCINATIONS

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DES PAGES VACCINATION DU CARNET DE SANTE

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

#### 4 - RENSEIGNEMENTS SANITAIRES CONCERNANT LE MINEUR

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE de rattachement : .....

Poids : ..... Kg    Taille : ..... cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

<b>Repas spéciaux :</b>	<input type="checkbox"/> sans viande	<input type="checkbox"/> sans porc
-------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

**NOM ET TEL MÉDECIN TRAITANT :** .....

• Votre 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 administré sans ordonnance.**

• **ALLERGIES :**

ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
MEDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Précisez : .....

**Si oui, joindre un certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

• Votre enfant présente-t-il un problème de santé ?     oui     non

Si oui, précisez : .....

**Un PAI est-il en cours ?**     oui     non

**Si oui, merci de nous en fournir une copie chaque année.**

• Votre enfant perçoit-il l'AEEH ?     oui     non  
Ou un dossier de demande d'AEEH est en cours ?     oui     non

#### 5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

.....  
.....  
.....  
.....

### AUTORISATIONS

J'autorise le CSC de Sainte-Pezenne à :

- Transporter mon enfant pour les activités :     oui     non
- Prendre, utiliser et/ou diffuser des photos et vidéos :     oui     non
- Aller chercher mon enfant à la sortie de l'école :     oui     non  
*(Enfants de l'accueil de loisirs de Sciecq non concernés : transport par la ville de Sciecq)*

L'enfant est autorisé à partir seul (+ de 10 ans) :     oui     non

J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	N° de téléphone si personne à contacter en cas d'urgence

**J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs :**     oui     non

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

**Date :**

**Signature du responsable légal :**