



Mise à jour du dossier d'inscription

ENFANT :

Nom : **Prénom :**

Né (e) le **à** **Age :** **Sexe :** F M

N° de Sécurité Sociale couvrant l'enfant :

Etablissement scolaire fréquenté **Classe**

Assurance couvrant l'enfant pour les activités extrascolaires :
(Joindre copie de l'attestation)

Renseignements FAMILLE

RESPONSABLE 1

Nom :

Prénom :

Né(e) le / / à :

Adresse :

.....

.....

Code Postal : **Ville :**

Adresse de Facturation : OUI NON

Téléphone :

Téléphone Professionnel :

Courriel (@) :

N° Allocataire (CAF / MSA) :

Quotient Familial :

Profession :

Employeur :

Autorité Parentale : OUI NON

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

RESPONSABLE 2

Nom :

Prénom :

Né(e) le / / à :

Adresse :

.....

.....

Code Postal : **Ville :**

Adresse de Facturation : OUI NON

Téléphone :

Téléphone Professionnel :

Courriel (@) :

N° Allocataire (CAF / MSA) :

Quotient Familial :

Profession :

Employeur :

Autorité Parentale : OUI NON

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

AUTORISATIONS

Diffusion de l'image de l'enfant (presse—site internet—photos—etc...) : OUI NON

Enfant autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI NON

Enfant autorisé à sortir des locaux scolaires avec les animateurs pour des activités : OUI NON

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

NOMS — Prénoms	Ville de Résidence	Téléphone	Lien avec l'Enfant

PS : 1 dossier par enfant svp



1 - ENFANT

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 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		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON	ROUGEOLE		OREILLONS			
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
exactes 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

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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