Fiche à remplir recto-verso

FICHE RENSEIGNEMENTS

CLSH 2013

NOM …….

PRENOM ……..

Né (e) le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à ……..….

Scolarisé à …….……..….. en classe de ……. Publique ☐ Privée ☐

Parents ou tuteur

Nom/ prénom du père …….. Nom/ prénom de la mère ……....

…….. ……..

Adresse ……. Adresse ……

……... …… ….

Code postal |__|__|__|__|__| Code postal |__|__|__|__|__|

ville…… ville ……..

☎ |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| ☎ |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

(|__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| (|__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Profession : …….. Profession : …….

Adresse e-mail : …….

De quelle caisse dépendez-vous ? CAF ☐ MSA ☐ AUTRE ……..

N° d'allocataire : ……. Quotient Familial : ……..

Bénéficiaire des bons vacances CAF ou MSA oui ☐ non ☐

AUTORISATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussigné _____ (parent ou tuteur légal) autorise mon fils, ma fille, (Nom et prénom) _____

A participer à toutes les activités du centre de loisirs, y compris :

- La baignade, les activités nautiques, les activités camping,
- les sorties hors de la commune (quelque soit le moyen de transport).

La diffusion de photos et vidéos de mon enfant faites pendant son séjour

A quitter le centre de loisirs avec l'une des personnes suivantes : ……..….

……..….

……

J'autorise en outre, le directeur à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. Ayant pris connaissance du règlement intérieur, je l'approuve et m'engage à le respecter. Je certifie que les renseignements portés sur cette présente fiche sont exacts.

A_____ le_____2013, le_____2014, le_____2015

Signature

Informations complémentaires :

……

……

Pièces à joindre : 1 photocopie des pages « Vaccination » du carnet de santé

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° **85-0233**

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT

NOM : …….. PRENOM : ……

SEXE GARCON ☐ 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)	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	AUTRES VACCINS	DATES
				VACCINS	
1er VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___	……	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1er RAPPEL	___/___/___	……	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE
POURQUOI ? ……

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	……	___/___/___
	……	___/___/___

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

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐
COQUELUCHE		**OTITES**		**ASTHME**		**ROUGEOLE**		**OREILLONS**	
non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐	non ☐	oui ☐

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

……..	___/___/___
……..	___/___/___
……..	___/___/___

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

……
……
……

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non ☐ oui ☐
SI OUI, LEQUEL ? ……
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non ☐ occasionnellement ☐ oui ☐

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non ☐ oui ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : …… PRENOMS : ……

ADRESSE (pendant la période du séjour) : ……
……
……

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

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : ……
……

Je soussigné, responsable 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.

Signature :

DATE : ……

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ……
……
……
……
……
……

ARRIVEE LE ____/____/____
DEPART LE ____/____/____

Cachet de l'Organisme (siège social)

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

……
……
……
……