



# Fiche d'inscription

## 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 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

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

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

## OBSERVATIONS

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

Je soussigné(e) responsable légal  Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. domicile : ..... Tél.prof. : .....

Adresse mail : .....

Profession Père : ..... Employeur : .....

Profession Mère : ..... Employeur : .....

## Inscrit mon **Enfant**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....

Département ou pays : .....

## A **L'Accueil de Loisirs de** .....

Date : du ..... au .....

du ..... au .....

**Montant Revenu Fiscal de Référence** : ..... **Nombre d'Enfants à charge** : .....

**Numéro allocataire CAF** : ..... **Nombre de parts** : .....

## Règlement *T1* *T2* *T3* *T4*

Je suis adhérent à la FDFC Alsace

Je ne suis pas adhérent et ajoute 11 € par enfant au montant total

Je verse la totalité des frais de centre

par chèque N° ..... €

À l'ordre de la Fédération des Foyers-Clubs d'Alsace

En espèces (N° reçu) ..... €

Je joins une prise en charge (Bon CAF, chèque ANCV, Aide comité d'entreprise) de .....

Je soussigné responsable légal de l'enfant, m'engage à payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux et d'hospitalisation éventuels. J'accepte les conditions générales figurant dans la brochure.

Fait à ..... le .....

Signature

Tournez SVP

# Autorisation parentale obligatoire

Je soussigné(e) responsable légal  Père  Mère  Tuteur

Nom et prénom .....

Adresse caisse de Sécurité Sociale/MSA ou Autre (indiquez si plusieurs régimes Ex. : Sécurité Sociale + MSA)

.....

N° de S.S./MSA ou Autre.....

## Autorise mon **enfant**

Nom et prénom .....

- À se baigner  OUI  NON
- A être filmé et photographié dans le cadre d'animations ou d'activités proposées par le Centre  OUI  NON et à utiliser ces photos dans la presse et sur le site internet de l'accueil de loisirs ou de la FDFC

Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au Centre :

.....

.....

.....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence (nom + téléphone) : .....

.....

Fait à ..... le .....

Signature

Fiche à retourner auprès de votre mairie ou votre permanence d'inscription



Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008702

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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 DÉMUNIR 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
Diphtérie				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 <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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....