

# CAP'ADO MOYENNEVILLE

## Dossier d'inscription JUILLET 2018

*Cadre réservé à l'administration*

Prix forfaitaire pour 1 semaine CAP ADO (8h/18h): .....**35,00**.....

Semaine 1 : du 09 juillet au 13 juillet 2018.....

Semaine 2 : du 16 juillet au 20 juillet 2018.....

Semaine 3 : du 23 juillet au 27 juillet 2018 .....

Semaine 4 : du 30 juillet au 03 août 2018.....

### Renseignements concernant l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  M  F Date de naissance : \_/\_/\_/\_\_\_\_ Age : .....

### Responsable légal de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : \_-\_-\_- Ville : .....

Tel fixe : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Tel portable père : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ tel travail père : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Tel portable mère : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ tel travail mère : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Adresse Mail (obligatoire) : .....

Profession du père : ..... Employeur : .....

Profession de la mère : ..... Employeur : .....

N° de sécurité sociale : \_-\_-\_-\_-\_-\_-\_-\_-\_-\_-

Êtes-vous allocataire CAF ? Oui  Non  N°CAF : \_\_\_\_\_

Caisse d'appartenance : BEAUVAIS :  CREIL :  AUTRE :

Percevez-vous des allocations CAF : Oui  Non

Autre régime : MSA  SNCF  EDUCATION NATIONALE  AUTRE

Avez-vous une mutuelle ? Si oui, nom et adresse : .....

.....

Autres Personnes autorisées à récupérer mon enfant : .....

.....

.....

**FICHE SANITAIRE**

**DE LIAISON**

JUILLET 2017  
A JUILLET 2018

**ENFANT :**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

GARCON

FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

**1- 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
BCG				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
DT Polio (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Hépatite B	
Ou Pentacoq				Autres (préciser)	

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

**2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit – il un **traitement médical** ? OUI  NON

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être administré à votre enfant sans ordonnance.

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHMES OUI  NON   
ALIMENTAIRES (\*) OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

Un PAI (\*\*) a-t-il été signé oui  NON  .....Si oui, dernière date de signature .....

Si un P.A.I. a été signé, il doit impérativement être joint à cette Fiche Sanitaire de Liaison.

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

(si certificat médical, joindre une copie)

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

INDIQUEZ CI-APRES :

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

.....  
.....

---

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN REGIME ALIMENTAIRE POUR DES RAISONS RELIGIEUSES ? SI OUI, LEQUEL ?

SANS VIANDE :

SANS PORC :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... ?  
PRECISEZ

.....  
.....

---

**4- RESPONSABLE LEGAUX DE L'ENFANT**

PERE

MERE

NOM.....  
PRENOM.....  
ADRESSE.....  
TEL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE.....  
TEL. BUREAU.....  
ADRESSE E.MAIL.....

NOM.....  
PRENOM.....  
ADRESSE.....  
TEL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE.....  
TEL BUREAU.....  
ADRESSE E.MAIL.....

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (NOM, PRENOM, TEL) :

.....  
.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT .....

BENEFICIEZ-VOUS DE LA C.M.U. (\*\*\*) ? OUI  NON

---

**5- ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE**

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE .....

NUMERO DU CONTRAT .....

---

**6- DROIT D'IMAGE**

J'AUTORISE

JE N'AUTORISE PAS

Les services de l'ALSH utiliser les photographies éventuelles de mon enfant afin d'illustrer les supports municipaux d'information et de communication (brochures et site Internet de la mairie, par exemple).

Je soussignée .....Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient.

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :

(\*\*) P.A.I : Protocole d'Accueil Individualisé

(\*\*\*) C.M.U. Couverture d'Assurance Maladie

# Pièces à joindre

- **Dossier (le tableau des vaccinations est à compléter même si les photocopies sont demandées.)**
- **Attestation d'assurance**
- **Justificatif de domicile**
- **Photocopie des vaccins**

**ATTENTION !**

**Tout dossier incomplet sera refusé**