

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 soussignéeResponsable 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