



Autour Des Enfants et Des Adolescents
1 lot LAMOTHE
Castel
97129 LAMENTIN
☎ : 0590.25.41.25 ☎ 0.690.537.171
Courriel : adedasso@wanadoo.fr
Site Web : <https://www.adedda971.fr/>

FICHE D'INSCRIPTION GRANDES VACANCES 2023¹

ALSH² ☐

Semaine 28	Semaine 29	Semaine 30	Semaine 31	Semaine 32
L M M J	L M M J V	L M M J V	L M M J V	L M M J V

CAMP DE VACANCES ☐

Semaine 29 17 au 23/07 7j Mangeons local ☐ Ferme ☐	Semaine 30 24 au 28/07 5j Sports ☐	Semaine 31 31/07 au 06/08 7j Mangeons local ☐ Ferme ☐
---	---	--

INFORMATIONS ENFANT

NOM :

PRENOM :

Date de naissance : / / / / / /

Sexe² : M ☐ F ☐ Nationalité :

Adresse :

Code Postal : / / / / / Ville :

Courriel :

Photo

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Parents/responsable légal³ :

Mme :

Profession :

Téléphone :  domicile :

 portable :

 autre :

M. :

Profession :

Téléphone :  domicile :

 portable :

 autre :

Personnes majeurs autorisées à reprendre l'enfant :

..... Tél. :

..... Tél. :

..... Tél. :

L'enfant peut-il rentrer seul chez lui² ? : oui ☐ non ☐

N° CAF :

QF CAF :

¹ Fiche recto/verso à compléter en écriture capitale. Joindre : 1 attestation de paiement des prestations familiales (CAF) de moins de 3 mois mentionnant le numéro d'allocataire, les photocopies du certificat de vaccination et 2 enveloppes timbrées.

² Cocher la case correspondante.

³ Barrer les mentions inutiles.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I. VACCINATIONS

Joindre la photocopie – partie vaccinations- du carnet de santé :
Antipoliomyélitique, Antidiphtérique, Antitétanique, Anticoquelucheuse.

 **L'enfant est-il à jour de ses vaccins ?⁴** : oui ☐ non ☐

 **Si l'enfant n'est pas vacciné.**

Pourquoi ? :.....
.....

 INJECTION DE SERUM	NATURE	DATES
.....		
.....		
.....		

II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

 **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?⁵**

Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Varicelle	oui	non	Otites	oui	non
Angines	oui	non	Asthme	oui	non
Rhumatismes	oui	non	Rougeole	oui	non
Scarlatine	oui	non	Oreillons	oui	non

 **Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :**
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

..... / ____ / ____ / ____ /
..... / ____ / ____ / ____ /
..... / ____ / ____ / ____ /

III. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....
.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? :

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour ne pas oublier de joindre l'ordonnance aux médicaments

L'enfant mouille-t-il son lit ?⁴ : oui ☐ non ☐ occasionnellement ☐

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?⁴ : oui ☐ non ☐

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à :.....

Le : / ____ / ____ / ____ /

signature :

⁴ Cocher la case correspondante.

⁵ Barrer les mentions inutiles.