



Autour Des Enfants et Des Adolescents  
1 lot LAMOTHE  
Castel  
97129 LAMENTIN  
☎ : 0590.25.41.25 ☎ 0.690.537.171  
Courriel : [adedasso@wanadoo.fr](mailto:adedasso@wanadoo.fr)  
Site Web : <https://www.aded971.fr/>

## FICHE D'INSCRIPTION<sup>1</sup>

### ACCUEIL PERI-SCOLAIRE 2023/2024

Castel  Vincent   
Classe

PS <input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/>	GS <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>	CE1 <input type="checkbox"/>	CE2 <input type="checkbox"/>	CM1 <input type="checkbox"/>	CM2 <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

#### INFORMATIONS ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : / / / / / / / / / /

Sexe<sup>2</sup> : M  F  Nationalité : .....

Adresse : .....

Code Postal : / / / / / / Ville : .....

Courriel : .....

Photo

#### INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Parents/responsable légal<sup>3</sup> :

Parent 1 : .....

Profession : .....

Téléphone :   
☎ domicile : .....  
☎ portable : .....  
☎ autre : .....

Parent 2. : .....

Profession : .....

Téléphone :   
☎ domicile : .....  
☎ portable : .....  
☎ autre : .....

Personnes majeurs autorisées à reprendre l'enfant :

..... Tél. : .....  
..... Tél. : .....  
..... Tél. : .....

L'enfant peut-il rentrer seul chez lui<sup>2</sup> ? : oui  non

<sup>1</sup>Fiche recto/verso à compléter en écriture capitale. Joindre : 20€ d'inscription par famille, 1 attestation de paiement des prestations familiales (CAF) de moins de 3 mois mentionnant le numéro d'allocataire, les photocopies du certificat de vaccination.

<sup>2</sup> Cocher la case correspondante.

<sup>3</sup> Barrer les mentions inutiles.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### I. VACCINATIONS

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

✚ L'enfant est-il à jour de ses vaccins ?<sup>4</sup> : 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 ?<sup>5</sup>

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 ?<sup>4</sup> : oui  non  occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?<sup>4</sup> : 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 :

<sup>4</sup> Cocher la case correspondante.

<sup>5</sup> Barrer les mentions inutiles.