Photo

**FICHE D’INSCRIPTION[[1]](#footnote-1)**

**INFORMATIONS ENFANT**

**NOM** :

**PRENOM** :

**Date de naissance** : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**Sexe[[2]](#footnote-2)** : M ❒ F ❒ **Nationalité** :………………...............

**Adresse**:

 **Code Postal**: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ **Ville** :…………………….

**N° CAF :**

**…………………………….**

**INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES**

**Parents/responsable légal[[3]](#footnote-3)** :

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 lui**2** ? : oui ❒ non ❒

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1. **VACCINATIONS**

Joindre la photocopie – partie vaccinations- du carnet de santé :

Antipoliomyélitique, Antidiphtérique, Antitétanique, Anticoquelucheuse**.**

* **L’enfant est-il à jour de ses vaccins ?[[4]](#footnote-4) :** oui ❒ non ❒
* **Si l’enfant n’est pas vacciné. Pourquoi**? :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* INJECTION DE SERUM NATURE DATES

……………………………………… ……………………... ……………………

……………………………………… ……………………... ……………………

……………………………………… ……………………... ……………………

1. **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**
	* **L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?[[5]](#footnote-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)

 /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

 /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

 /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

1. **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 :

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cocher la case correspondante. [↑](#footnote-ref-2)
3. Barrer les mentions inutiles. [↑](#footnote-ref-3)
4. Cocher la case correspondante. [↑](#footnote-ref-4)
5. Barrer les mentions inutiles. [↑](#footnote-ref-5)