



FICHE D'INSCRIPTION

SERVICE PERISCOLAIRE 2022/2023

Photo De l'enfant

- Pièces à joindre :
- Une photo
 - Le carnet de santé (Vaccins)
 - L'attestation de la CAF (Quotient familial)
 - L'attestation d'assurance en responsabilité civile

École :	<input type="checkbox"/> Calmette <input type="checkbox"/> Jean d'Ormesson (Campagne Primaire) <input type="checkbox"/> Saint-Exupéry (Campagne Maternelle) <input type="checkbox"/> Trabbia	Classe :	
----------------	---	-----------------	--

Nom et Prénom de l'enfant :	.....	
Date de naissance :	...../...../.....	Lieu :	.....
Responsable légal :			
Adresse :			
Téléphone fixe :	.....	Portable 1 :	.....
Mail :	.....	Portable 2 :	.....

Restauration (1 seul choix)	Menu normal <input type="checkbox"/>	Menu sans porc <input type="checkbox"/>	Menu sans viande <input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Si Oui, laquelle :	.....	

Personnes autorisées à reprendre l'enfant				Quotient Familial
Nom et Prénom			
Téléphone :				
Nom et Prénom				
Téléphone :				

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant et destinées à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant.

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur
Revin, le :

Signature :

Ne rien inscrire dans cette case





N° 10008 02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
 ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio myélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOIRE ENFANT PORTE-TIL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

OBSERVATIONS

.....

