

**FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE - ANNEE
CENTRE DE LOISIRS**

ENFANT :

NOM : PRENOM : SEXE : Masculin Féminin

DATE DE NAISSANCE ET LIEU :

I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DES RESPONSABLES LEGAUX:

Responsable légal 1 : Père

Nom : Prénom :

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

Numéro Allocataire :

Responsable légal 2 : Mère

Nom : Prénom :

Adresse (Si différente du Père) :

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

Situation du foyer : Marié Pacsé Vie Maritale Séparé Divorcé Célibataire Veuf

En cas d'urgence : Coordonnées des autres personnes majeures à prévenir ou autorisées à récupérer l'enfant, si le responsable légal ne peut être joint

Noms - Prénoms	Numéros domicile	Numéros de Portable

Je soussigné (Nom, Prénom)

AUTORISE le service

- à prendre des photos de mon enfant au cours des activités et les utiliser dans des supports de communication oui non

AUTORISE

- à laisser sortir mon enfant de + de 6 ans (CP) seul(e) oui non

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PREFECTURE des BOUCHES du RHÔNE
Direction Départementale Déléguée de Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale des Bouches du Rhône
Accueils Collectifs de Mineurs à Caractère Educatif

1°) MINEUR ACCUEILLI :

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Poids du mineur :

2°) **VACCINATIONS** (le tableau ci-dessous doit être **accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé** sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS * OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

* Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

3°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : Allergies NON OUI Préciser à quoi :

médicamenteuses : Autres NON OUI Préciser à quoi :

allergies : NON OUI Préciser à quoi :

Asthme : NON OUI

Diabète : NON OUI

Epilepsie : NON OUI

Autres : NON OUI Préciser :

b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? NON OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au Nom et Prénom du mineur avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

c) Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement?

NON OUI

Si oui, **prendre contact avec le Directeur** de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement.

d) **Autres difficultés de santé, handicap et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles autistiques, antécédents d'accidents, d'opération ...) : Si oui, **prendre contact avec le Directeur** de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement

4°) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS (l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

5°) RESPONSABLE(S) DU MINEUR

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tel fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM : PRENOM :

Adresse :

Tél fixe et/ou portable Domicile :

Tél fixe et/ou portable travail :

NOM et Téléphone du médecin traitant :

Je soussigné,, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :

COORDONNÉES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :