

**FICHE RECAPITULATIVE DES POINTS A VERIFIER  
CONCERNANT LES DOSSIERS D'INSCRIPTION**

Il s'agit, dans tous les cas, de la 1<sup>ère</sup> inscription annuelle ; tous les documents listés doivent être joints

NOM de l'enfant :

Prénom :

*Remplir une fiche récapitulative par dossier d'inscription  
Cocher les cases lorsque les points ont été vérifiés*

**1/ Liste des documents photocopiés à fournir :**

Attestation Quotient Familial (fournie par la CAF)

**OU BIEN**

*Notification des droits CAF justifiant des prestations familiales (soit le montant mensuel des Allocations familiales - le N° d'allocataire doit y être spécifié) ET avis d'impôts sur le revenu LE PLUS RECENT (le montant des revenus déclarés doivent apparaître) ; il ne s'agit du montant de vos impôts*

Attestation carte vitale spécifiant le régime sous lequel est rattaché l'enfant (il ne s'agit pas de la photocopie de la carte verte ! mais de l'attestation notifiant les personnes rattachées au n° de sécurité sociale)

Page de vaccination du carnet de santé ou certificat médical de contre-indication aux vaccinations lorsque l'enfant n'est pas vacciné

Livret de famille (parent(s) et enfant concerné)

Justificatif de domicile RECENT

Attestation Assurance Responsabilité Civile en cours de validité

**2/ Renseignements à vérifier :**

La fiche de renseignements est signée par le responsable légal.

Le n° d'allocataire écrit sur la fiche de renseignements est identique à celui mentionné sur les documents fournis

Les professions et employeurs des parents sont précisés.

**3/ Fiche sanitaire :**

La fiche sanitaire est signée par le responsable légal et complétée

Le nom et le n° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident sont précisés

Les recommandations particulières sont mentionnées

Les vaccinations sont à jour

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE 2017

(pour que l'inscription soit valable, cette fiche doit être accompagnée de la fiche d'inscription par période complétée et signée)

### L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

### LE RESPONSABLE LEGAL

PERE

MERE

TUTEUR

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

Profession mère : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Profession père : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

**Signature du responsable légal :**

### SECURITE SOCIALE ET INFORMATIONS CAF

A joindre obligatoirement : photocopie de la carte d'assuré social et de la carte d'allocataire CAF

Régime de la Caisse Primaire Assurance Maladie :  OUI  NON

Autres régimes d'Assurance Maladie : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_

Nom de la Caisse d'Affiliation : \_\_\_\_\_



# MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## 1 - ENFANT

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

## DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CEtte FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq			
BCG			

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 AIGU	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 automédications, 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 :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, \_\_\_\_\_, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_