

ANNEE 2018

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

Il s'agit, dans tous les cas, de la 1^{ère} 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 :

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

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)

Attestation Assurance Responsabilité Civile en cours de validité

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

Justificatif de domicile RECENT

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 2018

(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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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 DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<input type="checkbox"/> DT Polio				Autres (préciser)	
<input type="checkbox"/> 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 :

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

