ANNEE 2016

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

Il s'agit, dans tous les cas, de la 1ère 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'imposition LE PLUS RECENT (le montant des revenus déclarés doivent apparaître)***

☐ 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

Centre de Loisirs Sans Hébergement
De SAINT-SAVIN
C.C.A.S de SAINT-SAVIN
04-74-28-92-40

LA FRATERNELLE
Rue de l'Etissey
38300 BOURGOIN-JALLIEU
04-74-93-39-59

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE 2016

(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 : _____

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa 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	
Poliomyelite				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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐

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 PARÉCISANT 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 REGLEE ? oui ☐ non ☐

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

NOM : _____ PRENOM: _____

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

.....

.....

.....