

Fiche d'inscription

RESPONSABLE LEGAL :

Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Tél. Portable : Domicile :
Travail

E-Mail :

L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu :

Nationalité :

Adresse :
.....

C.P. : Ville :

N° CAF/MSA du parent allocataire :
Valeur du quotient familial :



Bons CAF/MSA : OUI NON
Si oui, les joindre.

Assurance extra-scolaire : OUI NON *Si oui, joindre l'attestation.*

VACCINATIONS :

| Obligatoires | OUI | NON | Dates des derniers rappels | Recommandées | Dates des derniers rappels |
|--------------|-----|-----|----------------------------|--------------|----------------------------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | ROR | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| BCG | | | | Haemophilus | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | Autres | |

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Traitement médical : OUI NON

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

A-t-il déjà eu les maladies suivantes :

| | OUI | NON | | OUI | NON |
|------------|-----|-----|--------------------------------|-----|-----|
| Rubéole | | | Angine | | |
| Rougeole | | | Rhumatisme articulaire aigu | | |
| Oreillons | | | Scarlatine | | |
| Varicelle | | | Otite | | |
| Coqueluche | | | | | |

Allergies : -Asthme : OUI NON -Médicamenteuses : OUI NON
 -Alimentaires : OUI NON -Autres :.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : (signaler si automédication) :

.....
.....
.....
.....

Indiquer ci-après :

Nom du médecin traitant :
N° Tél. :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et précautions à prendre :

.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents :

Port de lentilles, lunettes, de prothèses auditives, prothèses dentaires...

Préciser :

.....
.....

AUTORISATION DES PARENTS :

Je soussigné(e) (père, mère, responsable légal*),

NOM / Prénom :

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

J'inscris et autorise (mon fils, ma fille*),

NOM/Prénom :

A participer aux activités proposées.

J'autorise le responsable de séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, selon les prescriptions du médecin et m'engage, s'il y a lieu, à rembourser intégralement le montant des frais médicaux.

A : Le :

Signature des parents (précédée de la mention «LU ET APPROUVE») :

* Barrer ou cocher les mentions inutiles