



MAIRIE DE SELOMMES DOSSIER D'INSCRIPTION



ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRES



02.54.23.84.88



MERCI DE FOURNIR AVEC LE DOSSIER

- ★ photocopie de la page des vaccinations du carnet de santé
- ★ photocopie d'un justificatif d'allocataire CAF ou autre
- ★ photocopie d'attestation d'assurance scolaire



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

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
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 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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

REACTUALISATION : Merci de vérifier et corriger les différentes informations		
Année : Signature :	Année : Signature :	Année : Signature :
Année : Signature :	Année : Signature :	Année : Signature :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Le père (ou le représentant légal)

Nom et Prénom.....

Adresse.....

Profession.....

Nom et adresse de l'employeur.....

.....

Tel du domicile.....

Tel du travail.....

Tel portable.....

La mère (ou le représentant légal)

Nom et Prénom.....

Adresse.....

Profession.....

Nom et adresse de l'employeur.....

.....

Tel du domicile.....

Tel du travail.....

Tel portable.....

Situation familiale : Vit maritalement Mariés Célibataire Séparés Divorcés

Numéro de sécurité Sociale pour les soins de l'enfant :

Autorise mon enfant à participer aux sorties, à toutes les activités organisées par l'accueil de loisirs : OUI NON

Autorise la commune de SELOMMES à utiliser les photos prises pendant les activités pour ses publications : OUI NON

Autorise mon enfant à participer aux activités maquillages, tatouage OUI NON

AUTORISATION DE SORTIE

AUTORISE les personnes dont les noms suivent à venir chercher mon enfant à l'accueil périscolaire et/ou à l'accueil de loisirs du mercredi.

Nom-Prénom : **Tel** :

Nom-Prénom : **Tel** :

Nom-Prénom : **Tel** :

Nom-Prénom : **Tel** :

AUTORISE mon enfant a quitter seul l'accueil périscolaire à partir de H.....
Dès qu'il aura terminé ses devoirs pour l'accueil périscolaire : OUI NON

Je soussigné(e)..... **Responsable de l'enfant**.....

Certifie avoir pris connaissance du règlement de l'accueil périscolaire et du centre de loisirs du mercredi de SELOMMES.

Déclare exacts les renseignements portés ci-dessus.

Signature