



## MAIRIE DE SELOMMES DOSSIER D'INSCRIPTION



## ACCUEIL DE LOISIRS PÉRISCOLAIRE



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><b>1 - ENFANT</b></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	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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: .....	Année: .....	Année: .....
Signature:	Signature:	Signature:
Année: .....	Année: .....	Année: .....
Signature:	Signature:	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 à 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**