

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1-ENFANT NOM :   
 PRENOM :   
 DATE DE NAISSANCE :   
 GARÇON  FILLE

**2 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM  PRÉNOM   
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui		non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

**4 -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 ?

RUBEOLE 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**.

**5 -RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
 PRÉCISEZ

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 :



# FICHE D'INSCRIPTION 2020/2021 A LA RESTAURATION DES « ACCUEILS DE LOISIRS » *facultatif*

## ENFANT

**NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

## RESPONSABLE FAMILLE


Je soussigné(e) Madame, Monsieur,


NOM : ..... PRÉNOM : .....


ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

ADRESSE MAIL : .....

 Portable Responsable 1 : ..... Téléphone travail Responsable 1 : .....

 Portable Responsable 2 : ..... Téléphone travail Responsable 2 : .....

 Tél. Domicile : .....

## RÉGIME ALIMENTAIRE

SANS PORC       SANS VIANDE       PAI (joindre le document)

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de l'Accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

(Faire précéder de la mention)  
Lu et approuvé

.....

Fait à la Ricamarie, le .....

Signature (père, mère)

.....

.....

## DROIT A L'IMAGE

Autorise la Ville de la Ricamarie à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités de L'Accueil de Loisirs « L'ESCALE » (Essentiellement dans le bulletin municipal).



## AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon fils, ma fille à quitter la structure d'accueil de l'Escale par ses propres moyens après les activités proposées.



Je n'autorise pas mon enfant à quitter la structure d'accueil seul.

Uniquement les personnes suivantes ; **munies d'une pièce d'identité** pourront prendre en charge l'enfant dès sa sortie de la structure d'accueil de l'Escale:



**Nom de l'enfant :** ..... **Prénom de l'enfant :** .....

Nom	Prénom	Téléphone

### **IMPORTANT :**

**Les personnes dont les noms ne figurent pas sur ce document ne pourront pas récupérer l'enfant.**

## LE RÉGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

**Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs et en accepte les modalités.**

**Fait à La Ricamarie, le :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Signature du responsable légal :** .....



Accueil de Loisirs L'Escale  
Mairie de La Ricamarie / Service Enfance-Jeunesse  
1, place Michel Rondet - 42150 La Ricamarie  
Tél : 04 77 38 05 59 email : clsh.mairiescale@orange.fr



## Fiche d'inscription 2020-2021

### ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

FILLE

GARÇON

DATE DE NAISSANCE : ..... ÂGE : .....

### RESPONSABLE FAMILLE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Téléphone domicile : .....

Portable Responsable 1:..... Portable Responsable 2:.....

Téléphone travail Responsable 1:..... Téléphone travail Responsable 2:.....

ADRESSE MAIL : .....

**Autorise la Ville de La Ricamarie à renseigner vos données personnelles de type numéro de téléphone, mail, et adresse postale dans une base de données. Dans un but d'information via la newsletter et/ou alerte SMS -**

**J'autorise**

**Je n'autorise pas**

### INFORMATION CAF

Régime d'appartenance: Régime Général (CAF)  Mutuelle Sociale Agricole

N° d'Allocataire : ..... Quotient Familial **en cours**: .....

La participation financière étant modulée en fonction du quotient familial des familles, les parents ou tuteurs allocataires de la caisse d'Allocations familiales autorisent le gestionnaire du service à consulter CDAP, service mis à disposition par la CAF :

J'autorise

Je n'autorise pas

**En cas de refus, le tarif appliqué sera le tarif maximum prévu.**