

Communauté de Communes du Val d'Amour
DOSSIER D'INSCRIPTION
ACCUEIL DE LOISIRS DU VAL D'AMOUR
 Année scolaire 20...../20.....
 (1 dossier par enfant)

NOM :		
Prénom :		
Date de naissance :	___/___/___	Lieu :
Ecole fréquentée :		
Classe fréquentée : <input type="radio"/> Maternelle <input type="radio"/> CP <input type="radio"/> CE1 <input type="radio"/> CE2 <input type="radio"/> CM1 <input type="radio"/> CM2		

PERE	MERE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Employeur :	Employeur :
Téléphone :	Téléphone :

Personnes à contacter en cas de problèmes	
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant à l'accueil de loisirs	
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

Coordonnées du médecin traitant	
Nom :	
Adresse :	
Téléphone :	

Responsable légal de l'enfant :

Père Mère Tuteur Autre

Régime général :

C.A.F. M.S.A. AUTRE (précisez)

N° d'allocataire (obligatoire):

Envoi des documents administratifs :

Père Mère

Date

signature

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES ACTIVITÉS PERI-SCOLAIRES. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomélie				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
B.C.G.					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES,

JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'année scolaire ? OUI NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Rubéole 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 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

ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES OUI NON

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

.....

.....

.....

.....

.....