

# FICHE D'INSCRIPTION - PORT-CROS

Du 21 au 28 juillet 2018

Fiche d'inscription à retourner **avant le 10 juillet** à

**Ligue de l'enseignement FOL 70**

Service Loisirs Educatifs

29 boulevard Charles de Gaulle

BP 30 137

70003 VESOUL Cedex

☎ 03 84 75 95 83

*Photo de l'enfant*

## REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... Âge : .....

## INSCRIPTION DE L'ENFANT CI-DESSOUS\* - AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) ..... Père, mère, tuteur, demande à la Ligue de l'enseignement FOL 70 d'accueillir mon enfant au mini-séjour à Port-Cros et autorise celui-ci à participer aux activités.

Autorisation de publication d'une photographie : J'autorise l'accueil de loisirs éducatifs à utiliser, pour la presse et pour le centre, la photographie de mon enfant

J'autorise l'équipe d'animation à donner de l'arnica en granules ou crème en cas d'incidents bénins.

J'autorise la directrice à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de besoin exceptionnel.

A ....., le .....

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature,

## RUBRIQUE OBLIGATOIRE

Allocataire  CAF, n° .....

MSA, n° .....

Autre (précisez) ....., n° .....

Profession du père .....

Profession de la mère .....

Médecin traitant (nom et téléphone) .....

## VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de l'enfant)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.	Vaccins obligatoires	Oui Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Oui Non	Dates derniers rappels
	Diphtérie			Hépatite B		
	Tétanos			Rubéole		
	Poliomyélite			Oreillon		
	Ou DT polio			Rougeole		
	Ou Tétracoq			Coqueluche		
	BCG			Autres (précisez)		

**Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leurs emballages d'origines marqués au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

## ALLERGIE :

Asthme  oui  non alimentaire  oui  non médicamenteuse  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 : .....

## RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ..., précisez .....

N'hésitez pas à donner tout complément d'information que vous jugerez utile.

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

## PARENTS :

NOM, Prénom .....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

n° téléphone domicile .....

n° téléphone travail papa ..... n° téléphone travail maman .....

n° portable papa ..... n° portable maman .....