

FICHE D'INSCRIPTION - CLAIRSAPIN

du 09 au 13 juillet 2018

du 16 au 20 juillet 2018

du 23 au 27 juillet 2018

Fiche d'inscription à retourner **avant le 1^{er} 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

☎ 09.62.37.51.93 (Responsable du camp Sandra Langlois)

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 Clairsapin 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 joindre une copie)

| 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