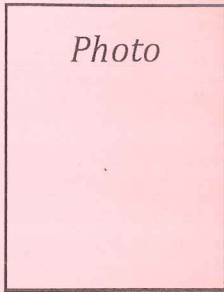




Fiche d'inscription 2020

Photo

L'ENFANT	N° Carte membre
Nom :	Prénom :
Date de naissance : / /	
Ecole fréquentée :	Arrêt de car :



Cadre réservé à l'association

24-28/02	02-06/03	20-24/04	27-30/04	06-10/07	15-17/07	20-24/07	27-31/07	03-07/08	10-14/08	17-21/08	24-28/08	19-23/10	26-30/10

Inscription pour les mercredis (prélèvement automatique obligatoire) Oui Tous Occasionnellement

Si oui, souhaitez-vous que le règlement des vacances scolaires soit prélevé automatiquement ? Oui Non

Responsable légal de l'enfant:

Nom : _____ Prénom: _____

Adresse _____ Ville _____

Tel Domicile : _____ Portable : _____ Bureau : _____

Emploi : _____ Mail : _____

Nom du conjoint ou autre (obligatoire) : _____ Prénom: _____

Portable : _____ Bureau : _____ Emploi _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Connaissance de l'association : (souligner) :1) bouche à oreille 2) Articles de presse 3) Affiches, Pub 4) Internet 5)Autres

J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir

J'autorise L'association Courte-Echelle à prendre des photos et à filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées et illustration du site Internet.

Autorisation :

Je soussigné(e) _____

- déclare inscrire mon enfant _____ aux activités proposées par l'Association Courte Echelle,
 - déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
 - reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association et en accepte les clauses.
 - autorise l'association à transporter mon enfant à bord du véhicule de service associatif.
- (dans le cadre de certaines activités ou pour faire face à une situation particulière (arrêt de bus,...)).

Date : _____ Signature : _____

Adhésion Associative (20€) °

Cotisation ALSH (2€) °

°QF1 °QF2 °QF3 °QF4 °MSA °CAF Ain °Blédina

Prix Journée

24-28/02	
02-06/03	
20-24/04	
27-30/04	
06-10/07	
15-17/07	
20-24/07	
27-31/07	
03-07/08	
10-14/08	
17-21/08	
24-28/08	
19-23/10	
26-30/10	



1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

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	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou 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)

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
 COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES