



Nom :
 Prénom :
 Date de naissance : / / Lieu de naissance :
 Sexe : F – M Age :
 Adresse :

 Ecole fréquentée : Classe :

Date du séjour: semaine 1 semaine 2

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

Situations des parents : (Rayer les mentions inutiles)
 Célibataire - Vie maritale - Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés - Veuf

IDENTITE DE LA MERE ou de la tutrice légale (ou parent 1)	IDENTITE DU PERE ou du tuteur légal (ou parent 2)
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Adresse du domicile : (si différente de l'enfant)	Adresse du domicile : (si différente de l'enfant)
Tél Fixe :	Tél Fixe :
Tél Portable :	Tél Portable :
Tél Professionnel :	Tél Professionnel :
Email :	Email :
La mère est destinataire des factures relatives au centre de loisirs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Le père est destinataire des factures relatives au centre de loisirs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (Présentation d'une pièce d'identité)

Nom :Prénom :Qualité :Tél :

Nom :Prénom :Qualité :Tél :

Nom :Prénom :Qualité :Tél :

Nom :Prénom :Qualité :Tél :

Assurance responsabilité civile

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

Régime de sécurité sociale

Régime général

Régimes spécifiques (MSA, RSI, SNCF, EDF, GDF, RATP...)

Numéro d'allocataire :

Mutuelle

Nom :

Adresse :

N° de Contrat :

INFORMATIONS ALIMENTAIRES :

	OUI	NON	Lesquelles?
Sans porc			-
Végétarien			-
Allergies alimentaires			

INFORMATION MÉDICALES ET SPORTIVES :

Mon enfant sait nager : OUI NON

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : OUI NON

Observations complémentaires (Retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire...) :

.....

DOCUMENTS A FOURNIR A L'INSCRIPTION :

- La fiche sanitaire de liaison
- La copie du carnet de santé comportant les vaccinations à jour
- Une attestation de responsabilité civile extra-scolaire
- Une photocopie de la carte vitale et carte de mutuelle du responsable légal

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je, soussigné(e),
déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste de l'exactitude des renseignements suivants (cocher pour valider votre autorisation):

Autorise l'équipe d'encadrement du séjour à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer.

Autorise seulement les personnes habilitées à venir chercher mon enfant à la fin de l'Accueil de loisirs.

Autorise mon enfant à rentrer seul à partir de.....h....., le (les) jour(s)
suivants :

Autorise l'équipe de direction et d'animation du séjour à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du séjour : en transport en commun, ou dans un véhicule conduit par un membre de l'équipe de direction.

Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant, pour les usages exclusifs dans l'enceinte de l'Accueil de loisirs (ex: journal quotidien du centre). Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

ENGAGEMENTS des PARENTS

- M'engage à transmettre à l'association, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter.
- M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre du séjour.
- M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepter ses dispositions

Fait à :

Le :

Signature du père (ou tuteur légal)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (ou tutrice légale)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs (ou du séjour). Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78117 du 06101178, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant. Pour tout renseignement, merci d'adresser un courrier à l'association l'Association Familles Rurales de Bellevaux.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélie				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
 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

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné(e).....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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

.....

