



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### Renseignements relatifs aux responsables légaux et ou payeurs.

Nom, Prénom :		
Adresse :		
Téléphone domicile :		
Téléphone portable :		
Profession :		
Téléphone professionnel (En cas d'urgence)		

Situation familiale des responsables légaux :  mariés,  union libre,  divorcés

### Autres personnes à prévenir en cas d'urgence :

Qualité : grands-parents, tante		
Nom, Prénom :		

(Prévenir préalablement, l'équipe d'animation et l'enfant sera remis sur présentation d'une carte d'identité)

### Renseignements relatifs à l'enfant :

	<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>
Nom, Prénom			
Date de naissance :			
Sait-il nager ? (oui ou non)			
Particularités à savoir : (allergies, régime alimentaires ...)			

**Renseignements complémentaires :**

Allocation CAF : n° d'allocation : .....

Allocation MSA n° d'immatriculation : .....

Quotient familial : .....

**Assurance responsabilité civile :** Nom : .....

Numéro : .....

**Médecin traitant :**

Nom : ..... Numéro de téléphone : .....

Adresse : .....

**Autorisations parentales**

Je soussigné ....., autorise mon (mes) enfant(s).....

**Autorisation de photos :** J'autorise l'équipe à prendre en photo mon enfant à des fins pédagogiques (activités, presse...)      **OUI**      **NON\*(rayer la mention inutile)**

**Autorisation de transport de sortie :** J'autorise le personnel à sortir mon enfant par un moyen de transport collectif      **OUI**      **NON\***

**Autorisation d'administration de médicament :** J'autorise le personnel à administrer les médicaments prescrits par un médecin et sur présentation d'une ordonnance (uniquement) : **OUI**      **NON\***

**Autorisation d'urgence :** J'autorise le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, pompiers, SAMU...)      **OUI**      **NON\***

Fait à ..... le .....

**Signatures des responsables légaux ou du tuteur légal**

## PLANNING D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS DE MEREAU - 2024

### COCHER LES JOURS DE PRESENCES

Pour la demie journée, jusqu'à midi sans repas ou à partir de 13h (avec et après le repas)

\*préciser : avec repas ou sans repas

Enfant n°1 :	Nom :		Enfant n°2 :	Nom :	
	JOURNÉE	*DEMI-JOURNÉE		JOURNÉE	*DEMI-JOURNÉE
Lundi 8/07			Lundi 8/07		
Mardi 9/07			Mardi 9/07		
Mercredi 10/07			Mercredi 10/07		
Jeudi 11/07			Jeudi 11/07		
Vendredi 13/07			Vendredi 13/07		
Lundi 15/07			Lundi 15/07		
Mardi 16/07			Mardi 16/07		
Mercredi 17/07			Mercredi 17/07		
Jeudi 18/07			Jeudi 18/07		
Vendredi 19/07			Vendredi 19/07		
Lundi 22/07			Lundi 22/07		
Mardi 23/07			Mardi 23/07		
Mercredi 24/07			Mercredi 24/07		
Jeudi 25/07			Jeudi 25/07		
Vendredi 26/07			Vendredi 26/07		
Lundi 29/07			Lundi 29/07		
Mardi 30/07			Mardi 30/07		
Mercredi 31/07			Mercredi 31/07		
Jeudi 01/08			Jeudi 01/08		
Vendredi 02/08			Vendredi 02/08		

<b>Enfant n°3 :</b>	<b>Nom :</b>	
	<b>JOURNÉE</b>	<b>*DEMI-JOURNÉE</b>
Lundi 8/07		
Mardi 9/07		
Mercredi 10/07		
Jeudi 11/07		
Vendredi 13/07		
Lundi 15/07		
Mardi 16/07		
Mercredi 17/07		
Jeudi 18/07		
Vendredi 19/07		
Lundi 22/07		
Mardi 23/07		
Mercredi 24/07		
Jeudi 25/07		
Vendredi 26/07		
Lundi 29/07		
Mardi 30/07		
Mercredi 31/07		
Jeudi 01/08		
Vendredi 02/08		

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0733

CEtte FICHE A EtÉ CONQUe POUR RECUeILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT EtRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES	
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	DATES
Du DT polio				
Du DT coq				
Du Tétracoq				
D'une prise polio				

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
 SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES

IV. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....  
 .....  
 .....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 SI IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT  
 NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. : ..... N° DE TEL : .....  
 DOMICILE : ..... BUREAU : .....

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....  
 Je soussigné, responsable 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 : .....

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DEPART LE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....  
 .....  
 .....