

-Merci de fournir tout les documents demandés
 -Le cheque d'adhésion vous sera demandé au cours de l'année
 -Merci de bien écrire lisiblement



Fiche d'inscription et de renseignements

« Le Repaire des Pirates »

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom			
Prénom			
Date de Naissance			
Lieu de Naissance			
Classe			

	RESPONSABLE 1 (facturé)	RESPONSABLE 2
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTALE		
VILLE		
TELEPHONE (portable)		
TELEPHONE PRO		
MAIL		
NUMERO D'ALLOCATAIRE CAF OU MSA SI <710		

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT ET/OU A PREVENIR
EN CAS D'URGENCE (HORS RESPONSABLE)**

	1	2	3	4
NOM				
PRENOM				
PORTABLE				

MEDECIN TRAITANT ; NOM, PRENOM.....

ADRESSE.....

TELEPHONE.....

	OUI	NON
MEDICAL		
J'autorise les responsables à prendre toute mesure (traitement médical, appel des services d'urgence, transport, hospitalisation et intervention médicale) en cas de besoin		
DROIT à L'IMAGE		
J'autorise gracieusement l'utilisation et la publication des images photos et vidéos de mon (mes) enfant(s)		
Dans l'enceinte de la garderie (diaporama, activités)		
Support publique (journal de Gien, etc....)		

Déclare exacts les renseignements complètes sur ce dossier d'inscription et avoir pris connaissance, complété et signé la fiche sanitaire de liaison ainsi que le règlement intérieur.

Je m'engage à notifier par écrit tout changement aux animatrices.

Fait à Dampierre-en-Burly, le.....

Signature (obligatoire)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

« LE REPAIRE DES PIRATES »

Nom :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Garçon Fille

VACCINATIONS (JOINDRE LES COPIES DU CARNET DE SANTE)

VACCINS OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS Recommandés	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tetracoq				Infections invasives à pneumocoque	
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat de contre indication ATTENTION ; le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boites de médicaments non ouvertes, dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

MEDECIN TRAITANT

NOM.....TELEPHONE.....

ADRESSE.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE	COQUELUCHE
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"/>	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	<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTS	OUI	<input type="checkbox"/>
	NON	<input type="checkbox"/>		NON	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	OUI	<input type="checkbox"/>	AUTRES	OUI	<input type="checkbox"/>
	NON	<input type="checkbox"/>		NON	<input type="checkbox"/>

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (SI AUTOMEDICATION LE SIGNALER)

.....

.....

INDIQUEZ SI APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

.....

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

ADRESSE.....

.....

PORTABLE : DOMICILE : TRAVAIL :

JE SOUSSIGNE(E) RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT, DECLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE RESPONSABLE DU SEJOUR A PRENDRE, LE CAS ECHEANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT MEDICAL, APPEL DES SERVICES D'URGENCE, HOSPITALISATION, INTERVENTION MEDICALE ET CHIRURGICALE) RENDUE NECESSAIRES PAR L'ETAT DE L'ENFANT.

SIGNATURE (OBLIGATOIRE)