.....

.....

DOCUMENTS A FOURNIR A L'INSCRIPTION :

- La fiche sanitaire de liaison
- La copie du carnet de santé comportant les vaccinations à jour
- ainsi que les documents mentionnés dans le règlement intérieur

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je, soussigné(e) ..... , déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste de l'exactitude des renseignements suivants :

Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs 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 l'Accueil de loisirs.

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

Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : les journaux de Familles Rurales, ses supports vidéos, les illustrations de ses documents d'information, les illustrations de son site Internet, les insertions dans sa page Facebook. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

oui ☐ non ☐

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 de l'Accueil de loisirs
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° 78-17 du 06-01-78, 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 ... organisatrice : (adresse postale)

LOGO

PHOTO

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION
Accueil de loisirs de

Année

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F – M

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Age : .....

Adresse: .....

Ecole fréquentée : .....Classe : .....

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 aux	Le père est destinataire des factures relatives aux :
mercredis oui ☐ non ☐	mercredis oui ☐ non ☐
petites vacances oui ☐ non ☐	petites vacances oui ☐ non ☐
grandes vacances oui ☐ non ☐	grandes vacances oui ☐ non ☐
Autres :	Autres : .....

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa
N° 10008*02

Annexe 4.9

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	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

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)

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

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 : .....

Adhérent à l'association Familles Rurales de

.....

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			

INFORMATIONS MEDICALES ET SPORTIVES:

Mon enfant sait nager : ❑ OUI ❑ NON
Mon enfant sait faire du vélo : ❑ OUI ❑ NON
P. A. I (Protocole d'Accueil Individualisé): ❑ OUI ❑ NON

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

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, ...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

.....

.....

.....

.....

.....

.....