

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CEtte FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR 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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou D1, polio | | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | | | | Autres (préciser) | |

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 AIGÛ | 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone : _____ portable : _____ travail : _____
Mère : domicile : _____ Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

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

OBSERVATIONS



FICHE D'INSCRIPTION
RESTAURANT SCOLAIRE - ACCUEIL PERISCOLAIRE
ANNEE SCOLAIRE 2018 / 2019

Nous soussignés représentant légal de l'enfant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone - du Domicile : Portable mère :

Portable père :

Mail :

Situation familiale : Célibataire Marié Séparé Divorcé Autre

Profession et employeur du père : de la mère :

Nom et adresse de votre assurance responsabilité civile : Numéro de contrat :

Demandons l'inscription de notre ou de nos enfant(s)

Table with 5 columns: Nom, Prénom, Date de naissance, Classe fréquentée à la rentrée 2018/2019, Groupe scolaire. Includes checkboxes for school levels like TPS, PS, MS, GS, CP, CE1, CE2, CM1, CM2.

Veuillez cocher la case cantine ou périscolaire ou les deux selon vos besoins

A la cantine scolaire sur :

Form with a box 'Veuillez cocher votre choix' and options for 4, 3, 2, 1 days and weekly schedules.

Au périscolaire : Liste des personnes majeures susceptibles de venir rechercher notre ou nos enfant(s) :

Three lines for listing names of persons.

Nous soussigné(s) (responsable légal) déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche, certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine et en acceptons les conditions.

Fait à... le... Signature des parents précédée de la mention « lu et approuvé »

- Inscription à remettre en mairie de Donchery accompagnée de : Fiche sanitaire de liaison cerfa N°10008*02 jointe (1 fiche par enfant) Attestation «Assurance »

Participation financière des familles : 4,50 €/ le repas pour un enfant – 1 € 20 l'heure et 60 cents la 1/2 heure pour les personnes ayant un quotient familial CAF inférieur à 630 à défaut de fournir l'attestation CAF les tarifs réduits ne pourront pas être appliqués et de 1,40 € l'heure et 0,70 € la 1/2 heure pour les personnes ayant un quotient familial CAF supérieur à 630 . Merci de joindre l'attestation quotient familial CAF.