Date de naissance de l'enfant : .....

Nom, Prénom et adresse des parents (ou du représentant légal) .....
.....
.....

Téléphones .....

Adresse mail (afin de vous envoyer le programme de la semaine)
.....

Numéro identifiant CAF .....

Numéro de la carte d'Association Familiale (au nom des parents) .....
Vous pouvez la régler (8 euros) lors de l'inscription de l'enfant et nous vous la donnerons dès que possible.

Numéro de police d'assurance **Extra scolaire** (copie de l'attestation à fournir).....
Compagnie .....

L'enfant est-il nageur ☐ oui ☐ non

Nom, adresse, n° téléphone des employeurs, grands-parents, personnes à prévenir en cas d'urgence
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. et/ou Mme .....

☐ autorise mon enfant .....

à participer aux activités des différentes semaines et certifie qu'il est apte médicalement à la pratique sportive et autorise les animateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident : prévenir les secours et les parents (ou responsable légal).

☐ autorise ☐ n'autorise pas

mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs et à rentrer seul à la maison, chaque soir dès la fin des activités.

☐ autorise M. ou Mme.....
.....
.....
.....
.....

à reprendre mon enfant à la sortie de l'accueil de loisirs.

☐ autorise ☐ n'autorise pas

la directrice, l'animatrice référente et la presse à prendre des photos de mon enfant afin de les diffuser dans les journaux ou dans le livre d'or de l'accueil de loisirs.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous ces renseignements, accepte le règlement intérieur de l'alsh et j'ai noté qu'un contrôle CAF pourrait être effectué afin de vérifier mon quotient familial.

Fait à ..... le .....

Signature

NOS RECOMMANDATIONS

Nous vous recommandons de ne pas donner à votre enfant des objets ou bijoux de valeur.
Nous n'engageons pas notre responsabilité en cas de perte ou de vol.

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

cerfa
N° 10008*02

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)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ASSOCIATION FAMILIALE

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

JUILLET et AOUT 2016

Je soussigné M. ou/et Mme .....

souhaite inscrire mon enfant .....

à l'accueil de loisirs géré par l'Association Familiale pour les sites :

→ **Basse sur le Rupt, garderie périscolaire de Trougemont (13 h 30 – 18 h, 9 h – 18 h le mercredi)**

Semaines	Présence (oui/non)	QF inférieur ou égal à 610	QF compris entre 611 et 1199	QF supérieur ou égal à 1200	Total
11 au 15 juillet		24	27	30	
18 au 22 juillet		29	33	37	
25 au 29 juillet		29	33	37	

→ **Rochesson, garderie périscolaire (8 h – 18 h du lundi au vendredi)**

Semaines	Présence (oui/non)	QF inférieur ou égal à 610	QF compris entre 611 et 1199	QF supérieur ou égal à 1200	Repas du lundi mardi - jeudi et vendredi	Total
11 au 15 juillet		37	42	44	15	
18 au 22 juillet		48	53	58	20	
25 au 29 juillet		48	53	58	20	

→ **Vagney, école primaire (7 h 30 – 18 h 00 du lundi au vendredi)**

Semaines	Présence (oui/non)		QF inférieur ou égal à 610		QF compris entre 611 et 1199		QF supérieur ou égal à 1200		Repas du lundi mardi - jeudi et vendredi	Total
	Après-midi	Journée	Après-midi	Journée	Après-midi	Journée	Après-midi	Journée		
11 au 15 juillet			24	41	27	46	30	51	15	
18 au 22 juillet			29	52	33	57	37	62	20	
25 au 29 juillet			29	52	33	57	37	62	20	
16 au 19 août			24	41	27	46	30	51	15	
22 au 26 août			29	52	33	57	37	62	20	

La CAF des Vosges participe financièrement pour cet accueil de loisirs sans hébergement