



## Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :		
Adresse :			

Date du séjour :

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres ( <i>préciser</i> )			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

**II - Renseignements médicaux :**L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  nonSi oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<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
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<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	

Allergies : médicamenteuses  oui  non  
alimentaires  oui  nonasthme  oui  non  
autres  oui  non**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.**III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

**IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

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.Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :



## SERVICE ENFANCE - JEUNESSE CCLPA

Communauté de Communes du Laurécois - Pays d'Agoût

Maison du Pays - 81220 SERVIÉS

Téléphone : 05 63 70 52 67

Email : [anim.jeunesse@cclpa.fr](mailto:anim.jeunesse@cclpa.fr)

# FICHE D'INSCRIPTION

SEJOUR Ski : 4 au 8 mars 2019

5 - Lycée

### LE JEUNE / L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : M - F

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_

Assurance extra-scolaire : compagnie \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

### LE PERE OU TUTEUR LEGAL

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

### LA MERE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

**Situation familiale\*** : marié pacsé vie maritale divorcé séparé célibataire veuf

**Responsable légal du jeune\*** : parents père mère tuteur

**Couverture sociale du jeune\*** : père mère tuteur

**Régime des Prestations Familiales (CAF-MSA) : Q.F :** \_\_\_\_\_ **N°allocataire :** \_\_\_\_\_

**Important :** *Sans indication du QF et du N° allocataire, nous facturerons le prix maximum du séjour*

**Facturation à adresser à\*** : parents père mère tuteur

*\* Entourer la réponse correspondante*

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (nom, prénom) : \_\_\_\_\_

Responsable légal du jeune (nom, prénom) : \_\_\_\_\_

reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés, en accepte les différentes modalités et autorise mon enfant à participer au séjour Ski du 4 au 8 mars 2019.

• Mon enfant **sait skier** : **Niveau** : **1ere Fois – Débutant – Confirmé - Expert**

Pointure chaussures de ville : -----

Taille de l'enfant : -----

Poids : -----

- L'article 9 du code civil relatif au **droit à l'image** ne permet la diffusion des photographies concernant les mineurs qu'avec l'accord exclusif d'un parent ou tuteur légal.

J'autorise les animateurs à **photographier ou filmer** mon enfant lors des activités et à utiliser ces documents dans un but pédagogique (enregistrement de chants, valorisation d'activités, articles de presse...). Bien évidemment ceci se fera dans le respect des droits de la vie privée des enfants et des familles : **oui** ou **non**

- Personne à joindre en cas d'accident et/ou autorisée à récupérer le jeune dans le cas où le responsable légal n'est pas joignable (personne majeure uniquement) :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ N° de tél \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

- J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes **dispositions médicales** (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature du père ou tuteur légal :**

**Signature de la mère :**