

Fiche de renseignement et d'inscription.

Action :_

Date :

Δ **L'ENFANT**

Fille

Garçon

NOM	
PRENOM	
Date de naissance	
Lieu de naissance	

Père responsable légal oui non		Mère responsable légal oui non	
NOM		NOM	
PRENOM		PRENOM	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
N° de téléphone		N° de téléphone	
N° de portable		N° de portable	
Email		Email	

Δ **PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE PROBLÈME EN VOTRE ABSENCE**

NOM		Adresse et ville	
PRENOM		N° de téléphone	
Lien avec la famille		N° de portable	

Δ **SÉCURITÉ SOCIALE**

N° de SS	
Adresse CPAM	
CMU	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Δ **MUTUELLE**

NOM	
Adresse et ville	
N° d'assuré	

N° CAF :

Δ **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Porte t-il des lunettes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Suit-il un régime alimentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des soucis de santé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels :
Situation familiale des parents	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> divorcés <input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> pacsés

CERTIFICAT MEDICAL

daté de moins de 3 mois

(à faire remplir obligatoirement par votre médecin traitant)

Je, soussigné-----

Certifie que l'enfant -----

Ne décèle aucune contre indication à la vie en collectivité

Est à jour de ses vaccins obligatoires

Est apte à pratiquer toutes activités physiques et sportives

Cachet du praticien

Date.....

Signature du médecin traitant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Ces informations sont couvertes par l'obligation de confidentialité de l'ensemble des intervenants

Δ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) ou fournir copie du carnet de vaccination.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - oreillons - rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Δ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Non Oui

Précisez -----

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 notice)

Δ *L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">RUBEOLE</th></tr> <tr><td style="width: 25%;">oui</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">non</td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>	RUBEOLE				oui		non		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">VARICELLE</th></tr> <tr><td style="width: 25%;">oui</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">non</td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>	VARICELLE				oui		non		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">ANGINE</th></tr> <tr><td style="width: 25%;">oui</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">non</td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>	ANGINE				oui		non		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">SCARLATINE</th></tr> <tr><td style="width: 25%;">oui</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">non</td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>	SCARLATINE				oui		non	
RUBEOLE																																			
oui		non																																	
VARICELLE																																			
oui		non																																	
ANGINE																																			
oui		non																																	
SCARLATINE																																			
oui		non																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">COQUELUCHE</th></tr> <tr><td style="width: 25%;">oui</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">non</td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>	COQUELUCHE				oui		non		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">OTITE</th></tr> <tr><td style="width: 25%;">oui</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">non</td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>	OTITE				oui		non		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">ROUGEOLE</th></tr> <tr><td style="width: 25%;">oui</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">non</td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>	ROUGEOLE				oui		non		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="4" style="text-align: center;">OREILLONS</th></tr> <tr><td style="width: 25%;">oui</td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;">non</td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>	OREILLONS				oui		non	
COQUELUCHE																																			
oui		non																																	
OTITE																																			
oui		non																																	
ROUGEOLE																																			
oui		non																																	
OREILLONS																																			
oui		non																																	

Δ ALLERGIES

- asthme Oui Non
- alimentaire Oui Non
- médicamenteuses Oui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Δ **LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération).
En précisez les dates et les précautions à prendre.

Δ **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (votre enfant porte t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires...)