

Fiche Sanitaire de Liaison



NOM : PRENOM :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :

1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ?

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**).

Autorise le directeur ou son représentant à faire appel, le cas échéant, au service médical adapté (médecin de la structure de l'activité, Samu, ...) Dans le cas, je m'engage à rembourser les frais médicaux et annexes dont l'avance aurait été faite pour mon enfant.

- Oui
- Non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME OUI NON
- ALIMENTAIRES OUI NON
- MEDICAMENTEUSES OUI NON
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) OUI NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

OUI NON

3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Coqueluche Oui Non	Rhumatisme articulaire aigu Oui Non
<input type="checkbox"/> Oreillons Oui Non	<input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Oui Non	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oui Non	<input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui Non	

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

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Fiche Inscription 2020-2021



Nom du Jeune : Prénom du Jeune :
Date de naissance : Age : Sexe : F ou M
Tel jeune : Mail Jeune :
Etablissement : Classe :
Adresse :

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION :

Coef :

Nom et prénom du représentant légal :
Tel du représentant légal :
Mail du représentant légal :
Personnes autorisées à venir chercher le jeune :

- J'autorise mon enfant à quitter seul(s) le Carrousel à la fin de l'accueil OUI NON
- J'autorise mon/mes enfant(s) à partir librement du local (aller dans le parc, faire des courses) plus de 11 ans OUI NON
- **L'association n'est plus responsable lorsque votre enfant quitte les locaux sans la présence d'un animateur**
- En cas d'urgence prévenir :
- Autorisation droit à l'image dans le cadre exclusif des activités de l'association OUI NON
- J'autorise Le Carrousel à prendre en charge le transport de mon/mes enfant(s) pour des sorties prévues OUI NON

Pièces à fournir:

- Une fiche d'adhésion dûment remplie et à retirer à l'accueil de l'association. Adhésion à l'année de 10€.
- Une photocopie du carnet de santé attestant que votre/vos enfant(s) est (sont) à jour de leurs vaccins.
- Une photocopie de votre assurance responsabilité civile extrascolaire mentionnant votre/vos enfant(s).
- Une photocopie de l'attestation d'assurance maladie à jour.
- Un certificat médical de moins de 3 mois.
- Attestation de Coefficient familial.
- Cotisation foyer (11/17 ans) à l'année de 10€.
- Une attestation d'aisance aquatique pour les plus de 11 ans.
- Une attestation 50 mètres nage libre pour les moins de 11 ans.
- Règlement intérieur signé pour les plus de 11 ans.

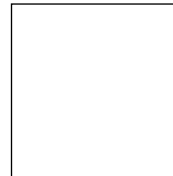
Payée le

N° Chèque et Banque:

Date et signature :

Tout dossier incomplet sera refusé lors de l'inscription

Fiche Inscription 2020-2021



Nom du Jeune : Prénom du Jeune :
Date de naissance : Age : Sexe : F ou M
Tel jeune : Mail Jeune :
Etablissement : Classe :
Adresse :

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION :

Coef :

Nom et prénom du représentant légal :
Tel du représentant légal :
Mail du représentant légal :
Personnes autorisées à venir chercher le jeune :

- J'autorise mon enfant à quitter seul(s) le Carrousel à la fin de l'accueil OUI NON
- J'autorise mon/mes enfant(s) à partir librement du local (aller dans le parc, faire des courses) plus de 11 ans OUI NON
- **L'association n'est plus responsable lorsque votre enfant quitte les locaux sans la présence d'un animateur**
- En cas d'urgence prévenir :
- Autorisation droit à l'image dans le cadre exclusif des activités de l'association OUI NON
- J'autorise Le Carrousel à prendre en charge le transport de mon/mes enfant(s) pour des sorties prévues OUI NON

Pièces à fournir:

- Une fiche d'adhésion dûment remplie et à retirer à l'accueil de l'association. Adhésion à l'année de 10€.
- Une photocopie du carnet de santé attestant que votre/vos enfant(s) est (sont) à jour de leurs vaccins.
- Une photocopie de votre assurance responsabilité civile extrascolaire mentionnant votre/vos enfant(s).
- Une photocopie de l'attestation d'assurance maladie à jour.
- Un certificat médical de moins de 3 mois.
- Attestation de Coefficient familial.
- Cotisation foyer (11/17 ans) à l'année de 10€.
- Une attestation d'aisance aquatique pour les plus de 11 ans.
- Une attestation 50 mètres nage libre pour les moins de 11 ans.
- Règlement intérieur signé pour les plus de 11 ans.

Payée le

N° Chèque et Banque:

Date et signature :

Tout dossier incomplet sera refusé lors de l'inscription



Fiche Sanitaire de Liaison

NOM : PRENOM :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) :

1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ?

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**).

Autorise le directeur ou son représentant à faire appel, le cas échéant, au service médical adapté (médecin de la structure de l'activité, Samu, ...) Dans le cas, je m'engage à rembourser les frais médicaux et annexes dont l'avance aurait été faite pour mon enfant.

- Oui
- Non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

→ ASTHME

OUI

NON

→ ALIMENTAIRES

OUI

NON

→ MEDICAMENTEUSES

OUI

NON

→ AUTRES (animaux, plantes, pollen...)

OUI

NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

OUI

NON

3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Coqueluche Oui Non	Rhumatisme articulaire aigu Oui Non
<input type="checkbox"/> Oreillons Oui Non	<input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Oui Non	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oui Non	<input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui Non	

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

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.