



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2015 / 2016

(valable du 1er Juin 2015 au 31 Mai 2016)

Centre de Vacances Intercommunal LA COURBE



ENFANT

NOM de l'Enfant : Prénom :

Né(e) le : Garçon Fille Enfant scolarisé : OUI NON

École : Classe actuelle :

Maison de l'Enfance fréquentée pour les Graulhétos :

Autorisé(e) à partir seul(e) du point d'accueil le soir : OUI NON

Assurance scolaire (M.A.E) : N° : Formule :

Autre :

Frères et soeurs : NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

RESPONSABLE 1

N° Allocataire CAF : QF CAF :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Adresse e-mail :@.....

Profession :

Employeur : Tél. :

RESPONSABLE 2

N° Allocataire CAF : QF CAF :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Portable :

Adresse e-mail :@.....

Profession :

Employeur : Tél. :

POINT DE RAMASSAGE (Détail des lieux de ramassage sur la plaquette d'information verte)

Le point de ramassage du soir (retour) sera **obligatoirement** le même que celui du matin (aller)

Point de ramassage :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Autres **personnes à joindre** en cas d'accident et / ou **autorisées à récupérer l'enfant** :

Nom et Prénom :

Tél. :

Adresse :

Nom et Prénom :

Tél. :

Adresse :

Nom et Prénom :

Tél. :

Adresse :

INFORMATIONS

L'inscription est **gratuite** et ne **vous engage à rien**, mais permet à votre enfant de venir à La Courbe quand vous le souhaitez.

Afin de bénéficier des diverses **aides**, joindre :

- soit "Aides aux temps libres - Aides Accès ALSH" de la CAF
- soit votre **PASS CLSH MSA**,
- soit la copie du dernier bulletin de salaire et l'attestation de votre employeur cotisant au **A.P.R.S. (CSI Mégisserie / Maroquinerie)**

Merci de nous tenir informés de toute modification intervenant au cours de la période concernée.

A retourner impérativement avant le 1^{er} jour de présence de votre enfant sur notre Centre de Loisirs !!! 1 Fiche par Enfant

FICHE À RETOURNER POUR L'INSCRIPTION :

⇒ Au siège de l'association :

AMICALE LAÏQUE DE GRAULHET - B.P. 143 - 28, rue Anatole France - 81304 GRAULHET Cedex
 Tél. : 05.63.42.09.60 - Fax : 05.63.42.13.27
 E-mail : amicalelaïque.graulhet@wanadoo.fr - Site : www.lamicale.fr - Blog : www.amicale-graulhet.fr
 Tél. La Courbe Juillet et Août : 05.63.58.35.22





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Centre de Vacances Intercommunal

LA COURBE 2015 - 2016



Cette fiche est indispensable et permet de recueillir les informations utiles pendant le séjour de l'enfant évitant ainsi de vous démunir de son carnet de santé.

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCIN OBLIGATOIRE	DATES	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie - Tétanos - Polio-myélite (DT Polio) - Tétracoq (obligatoire)		Rubéole Oreillons Rougeole	
Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire , joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.		Coqueluche	
		Hépatite B	
		BCG	
		Autres (préciser)	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du **Médecin** traitant :

Tél. :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour :

OUI NON

Votre enfant porte-t-il : **lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc....** Précisez.

Indiquez les **difficultés de santé** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation,...) en précisant les **dates** et les **précautions à prendre** :
.....
.....

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

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

Autres :

L'enfant a-t-il déjà eu des **allergies** :

Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres (insectes, etc)	

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

Votre enfant est-il scolarisé dans une structure spécialisée ? OUI NON

Si oui laquelle ?

Votre enfant est-il accompagné par une AVS en classe ? OUI NON

Si oui pour quel motif ?

*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, anesthésie, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. J'ai bien pris connaissance que la responsabilité de l'association serait déga- gée en cas d'absences d'observations, de renseignements médicaux, psychologiques,.... Je reconnais être informé du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés (bus, mini-bus, ...). De plus, je ne m'oppose pas à la prise de photographies le représentant dans le cadre des activités du centre de vacances et à la diffusion éventuelle de son image sur quelque support que ce soit. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. (vérification de l'usage et droit de retrait).*

Date :

Signature obligatoire :

« Conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, dont nous sommes seuls destinataires. »

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance des sorties et autorise mon enfant à y participer à l'exception de :

Date :

Signature obligatoire :