



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2016 / 2017

(valable du 1er Juin 2016 au 31 Mai 2017)

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 orange)

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

La remise de la présente fiche de renseignements est **obligatoire** pour accueillir votre enfant dans les meilleures conditions.

Elle est **gratuite** et ne **vous engage à rien**, et elle permet à votre enfant de venir à La Courbe quand il le souhaite.

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

- 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<sup>er</sup> 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 : [amicalelaique.graulhet@wanadoo.fr](mailto:amicalelaique.graulhet@wanadoo.fr) - Site : [www.lamicale.fr](http://www.lamicale.fr) - Blog : [www.amicale-graulhet.fr](http://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 2016 - 2017



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)

### Photocopies du carnet de santé à fournir

VACCIN OBLIGATOIRE	DATES	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
<b>Diphtérie - Tétanos - Polio-myélite (DT Polio) - Tétracoq (obligatoire)</b>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Si l'enfant n'a pas le <b>vaccin obligatoire</b> , 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  NON

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 :**