



FICHE RENSEIGNEMENTS

ALSH 2024

NOM _____

NOE

Pays de l'Herbasse

PRENOM _____

Né (e) le |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| A _____

PARENTS OU TUTEURS

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

N° _____ Rue _____

N° _____ Rue _____

code postal |_|_|_|_|_|

code postal |_|_|_|_|_|

Ville _____

Ville _____

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

@ _____

@ _____

Profession _____

Profession _____

Vous dépendez de : CAF

MSA

Autre

N° allocataire

Quotient Familial

Bénéficiaire des bons vacances OUI

NON

AUTORISATION DE LA FAMILLE

Je soussigné (e) _____ (parent ou tuteur légal) autorise mon fils, ma fille, (Nom et prénom) _____

A participer à toutes les activités du centre de loisirs, y compris :

La baignade, les activités nautiques, les activités camping,

Les sorties hors de la commune (quel que soit le moyen de transport).

La diffusion de photos et vidéos de mon enfant faites pendant son séjour

A quitter le centre de loisirs avec l'une des personnes suivantes : _____

J'autorise en outre, le directeur, la directrice, à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. Ayant pris connaissance du règlement intérieur, je l'approuve et m'engage à le respecter.

Je certifie que les renseignements portés sur cette présente fiche sont exacts.

A _____

le _____ 2024,

Signature

Informations complémentaires _____

Pièces à joindre : 1 photocopie des pages «vaccinations » du carnet de santé / attestation QF

Communes ARCHE Agglo : Arlebosc, Arthemonay, Bathernay, Beaumont-Monteux, Boucieu-le-Roi, Bozas, Bren, Chanos-Curson, Chantemerle-les-Blès, Charmes-sur-Herbasse, Chavannes, Cheminas, Colombier-le-Jeune, Colombier-le-Vieux, Crozes-Hermitage, Érôme, Étables, Gervans, Glun, La Roche-de-Glun, Larnage, Lempis, Margès, Marsaz, Mauves, Mercuroi-Veaunes, Montchenu, Pailharès, Plats, Pont-de-l'Isère, Saint-Barthélémy-le-Plain, Saint-Donat-sur-l'Herbasse, Saint-Félicien, Saint-Jean-de-Muzols, Saint-Victor, Sécheras, Serves-sur-Rhône, Tain l'Hermitage, Tourmon-sur-Rhône, Vaudevaut, Vion.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES	
	Du DT polio	Du DT coq	Du Tétracoq	D'une prise polio

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLEUSE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE		DATES	
	___/___/___	___/___/___
.....	___/___/___	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTTES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 SI IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. [] [] [] [] N° DE [] [] [] [] DOMICILE [] [] [] [] BUREAU [] [] [] []
 TEL [] [] [] []

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.
 DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'organisme (siège social)

 ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....

.....