

Attention : Pour tout dossier incomplet l'inscription ne sera pas validée !

L'inscription s'effectue lors du règlement.

FICHE DE RENSEIGNEMENT ATELIER "DO YOU SPEAK ENGLISH"

CE2 / CM1 : Mardi [17h à 18h]

CP / CE1 : Mercredi [14h45 à 15h30]

moyen / grand maternel : Mercredi [15h30 à 16h15]

Nom du référent familial :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

École fréquentée : Classe :

Nom et numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence (hors parents) :

.....
.....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné(e), Mr, Mme, Melle , en qualité de ⁽¹⁾ :

m'engage à venir récupérer mon enfant.

autorise mon enfant à partir seul à la fin de l'atelier "Do You Speak English".

autorise la ou les personne(s) suivante(s) à venir récupérer mon enfant à la fin de l'accompagnement à la scolarité :

..... qualité⁽¹⁾ :

⁽¹⁾ : père, mère, frère, sœur, tatie, tonton, assistante maternelle, etc...



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018

Pour l'A.C.M.S.H
du Centre Social La Maison du Chemin Rouge

1 – **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite en 2019. Merci de nous indiquer tout changement en cours.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

Allergies : **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MÉDICAMENTEUSES** oui non
AUTRES _____

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

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents :

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

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'A.C.M.S.H à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

Nom : _____ Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

SIGNATURE