

FICHE D'INSCRIPTION
MERCREDI ET VACANCES/ CENTRE DE LOISIRS

Nom :

Prénom :

École :

Niveau de classe 2016-2017 :

Structure fréquentée :

A.L.S.H GEMENS (04.74.57.10.91 – gemens@mairie-vienne.fr)*

Transport aller :

Transport retour :

CAPE CELESTES (04.74.78.70.65 – capeceleste@mairie-vienne.fr)*

CAPE ESTRESSIN (04.74.53.27.62 – capeestressin@mairie-vienne.fr)*

CAPE MALISSOL (04.74.57.15.34 – capemalissol@mairie-vienne.fr)*

**voir fiches explicatives*

Les mercredis...

Tous les mercredis de l'année (réservation effective dès le premier mercredis de la rentrée/annulation 48h à l'avance)

Occasionnellement (sur planning)

Pour l'ensemble des réservations / annulations, nous vous invitons à nous en faire part :

- Via l'espace famille : <https://vienne.espace-famille.net>
- Par téléphone ou mail sur la structure concernée

Les vacances scolaires...

Occasionnellement (sur planning)

Pour l'ensemble des réservations / annulations, nous vous invitons à nous en faire part :

- Via l'espace famille : <https://vienne.espace-famille.net>
- Par téléphone ou mail sur la structure concernée

PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Nom : Prénom : Lien de parenté : 

Nom : Prénom : Lien de parenté : 

Nom : Prénom : Lien de parenté : 

J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus à mon domicile (enfant de + de 8 ans) – ALSH GEMENS uniquement

Je m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incombant à la famille. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités (à l'intérieur et à l'extérieur du centre) organisées par le Service Enfance pendant l'année (sortie, activités culturelle et sportive, équitation,...). Je déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur.

Date et signature :

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Enfant

Date et lieu de séjour :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT, ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SÉJOUR.

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				Autre (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

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

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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE E LA CONDUITE A TENIR (si automédicaion le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE**.

Recommandation utiles des parents

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC. PRÉCISEZ.

Responsable de l'enfant

NOM : PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....
.....

*Je soussigné, responsable légale 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, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS