

# FICHE INSCRIPTION 2019-2020 SPORTS-VACANCES

**TOUSSAINT : Du 28 au 31 octobre 2019**

**Horaires :** Accueil de 8h30 à 9h30 – Départ des enfants de 16h45 à 17h30.

**Tarifs :** 8€ la journée pour les adhérents et 12€ pour les non adhérents.

<b>LUNDI 28</b>	-	<b>MARDI 29</b>	-	<b>MERCREDI 30</b>	-	<b>JEUDI 31</b>	(entourer les jours de présence)
-----------------	---	-----------------	---	--------------------	---	-----------------	----------------------------------

**ADHÉRENT :** **OUI** - **NON** (barrer la mention inutile)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance: ..... N° sécurité social : .....

Adresse: .....

Code Postal: ..... Ville: .....

### RESPONSABLES LÉGAUX

**Responsable légal 1**

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Code Postal :  
Ville :  
☎ :  
💻 :

**Responsable légal 2**

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Code Postal :  
Ville :  
☎ :  
💻 :

**En cas d'accident prévenir :**  mère  père  
 autre (nom - prénom - téléphone):

**J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après la journée « sports-vacances » et décharge l'association de toute responsabilité**  OUI  NON

**J'autorise les responsables à photographier mon enfant dans le cadre des activités « sports-vacances »**  OUI  NON

**⚠ Règlement acquitté dès le premier jour de présence.**

**⚠ Prévoir repas du midi annoté de son NOM et Prénom.**

Limoges, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature :**

### RESERVÉ RESPONSABLES

**Date de la fiche sanitaire de liaison :**  
**Montant total du stage : .....€**

<input type="checkbox"/> Chèque(s) : (montant)	<input type="checkbox"/> Espèces (montant et date)
	<input type="checkbox"/> Carte bancaire (montant et date)
<input type="checkbox"/> Chèque ANCV (nombre et montant)	<input type="checkbox"/> Tickets CAF (nombre et montant)

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILISÉS 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  GARÇON   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)*

	VACCINS PRATIQUES		DATES	
<i>Précisez s'il s'agit :</i>				
Du DT polio				
Du DT coq				
Du Tétracoq				
D'une prise polio	RAPPELS			

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	1 <sup>er</sup> RAPPEL	____/____/____	____/____/____

SIL'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 :

RUBECLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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 SUIT-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'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)

.....  
 .....  
 .....