

Renseignements Inscription

ACCUEIL DE LOISIRS « LES GOSSÉS DE CREPY »

Juillet – Août 2019



Votre enfant a entre **3 et 12 ans** et il est né entre le 01 septembre 2006 et le 30 juin 2016, pour lui, **l'accueil de loisirs** fonctionnera du : **Lundi 08 juillet au vendredi 30 Août 2019**

Votre enfant a entre **13 et 17 ans** et il est né entre le 01 septembre 2001 et le 30 juin 2006, pour lui, **l'accueil – secteur jeune** fonctionnera du : **Lundi 05 août au vendredi 30 Août 2019**

L'accueil met en place différents modes d'accès pour vos enfants en forfait semaine :

- Soit à la ½ journée sans repas (de 8h30 à 12h/12h30 ou 13h/13h30 à 17h30)
- Soit à la ½ journée avec repas (de 8h30 à 13h/13h30 ou 12h/12h30 à 17h30)
- Soit à la journée sans repas (de 8h30 à 12h/12h30 et de 13h/13h30 à 17h30)
- Soit à la journée complète (de 8h30 à 17h30)

Possibilité d'un accueil Péri en fonction de vos besoins de 7h00 à 8h29 et/ou de 17h31 à 19h00.

Pièces à fournir à l'inscription de votre enfant :

- Le dossier dûment rempli
- Le règlement intérieur de l'Accueil de loisirs signé
- La Fiche sanitaire dûment remplie
- La photocopie du carnet de vaccination de l'enfant à jour
- La photocopie de l'avis d'imposition 2018 du foyer (*Sans l'ensemble des avis d'imposition du foyer le tarif maximal sera appliqué pour l'inscription de (ou des) enfant(s)*)
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Paiement (chèque ou espèce)

- Seuls les dossiers COMPLETS seront acceptés -

(Ne pas agraffer les documents ensemble SVP)

Tarif :

Le coût du forfait semaine est calculé sur le barème n°4 de la CAF OISE, prenant en compte vos ressources, la composition de la famille et le forfait choisi (tableau sur le règlement intérieur).

Lors de l'inscription de votre enfant, l'intégralité des semaines réservées devra être réglée.

Dates et heures d'inscription :

- **Samedi 08 juin 2019 de 9h à 15h**
- **Samedi 15 juin 2019 de 9h à 15h**
- **Samedi 22 juin 2019 de 9h à 15h**
- **Samedi 29 juin 2019 de 9h à 15h**
- **Samedi 06 juillet 2019 de 9h à 15h** (*Attention cette date ne permet plus de s'inscrire la 1ère semaine d'ouverture de l'accueil) voir règlement au chapitre « inscription, réservation et annulation »*)

Lieu d'inscription

Salle Périscolaire de l'Ecole Jean Vassal de
Crépy-en-Valois
(derrière la mairie)

En attendant de se retrouver, si vous souhaitez des renseignements complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter par mail : les.gosses.de.crepy@gmail.com

Merci à vous et à bientôt

L'Association « Les Gosses de Crépy »

DOSSIER D'INSCRIPTION

ETE 2019



Famille :
Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	

Renseignements concernant la famille

Adresse de la Famille :
Téléphone du Domicile :
E-mail :

Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
N° de Sécurité Sociale :	N° de Sécurité Sociale :

Nombre d'enfant(s) à charge : 1 2 3 4 et +

Régime d'affiliation des familles : CAF MSA Autre

N° CAF : Si autre préciser :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Prénom	N° de Téléphone

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
responsable légal de (ou des) enfant(s) inscrit sur ce dossier, autorise la structure d'accueil
« Les Gosses de Crépy » à effectuer des photographies de mon ou mes enfants(s) qui
pourront paraître sur des panneaux au niveau de la structure d'accueil et parfois servir
aux moyens de communication.

Date :

Signature :

Toute personne pouvant venir chercher les enfants à la sortie

(Parents, Grand parents, Voisins, Amis...)

Mettre le nom et le prénom des personnes concernées

1	
2	
3	
4	

Penser à prendre votre carte d'identité lors de la sortie des enfants

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
responsable légal de (ou des) enfant(s) inscrit sur ce dossier,

- autorise mon ou mes enfant(s) à participer aux activités proposées par les équipes d'animation durant sa présence au sein de la structure « des Gosses de Crépy ».
- autorise l'Accueil de loisirs « Les Gosses de Crépy » à transporter mon enfant dans les différents transports mis à disposition par l'Association.
- Autorise l'Association « Les Gosses de Crépy » à conserver l'ensemble les données personnelles transmises par la famille, et notamment celles concernant le montant des ressources à prendre en compte pour le calcul de la participation des familles. Ces données seront conservées dans le dossier personnel de l'enfant.

Date :

Signature :

E N F A N T 1	Nom : Prénom :									
	Date de N. : / / Sexe de l'enfant F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>									
	REGIME ALIMENTAIRE									
	L'enfant a-t-il des contres indications alimentaires particulières :									
	JUILLET ET AOÛT 2019									
	Semaine		Du 08 au 12/07		Du 15 au 19/07		Du 22 au 26/07		Du 29/07 au 02/08	
	Forfait Journée									
	Forfait ½ journée		M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M
	Avec Repas									
	Semaine		Du 05 au 09/08		Du 12 au 14/08		Du 19 au 23/08		Du 26 au 30/08	
Forfait Journée										
Forfait ½ journée		M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	
Avec Repas										

----- Cocher les cases pour les choix des semaines et du forfait souhaités -----

E N F A N T 3	Nom : Prénom :									
	Date de N. : / / Sexe de l'enfant F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>									
	REGIME ALIMENTAIRE									
	L'enfant a-t-il des contres indications alimentaires particulières :									
	JUILLET ET AOÛT 2019									
	Semaine		Du 08 au 12/07		Du 15 au 19/07		Du 22 au 26/07		Du 29/07 au 02/08	
	Forfait Journée									
	Forfait ½ journée		M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M
	Avec Repas									
	Semaine		Du 05 au 09/08		Du 12 au 14/08		Du 19 au 23/08		Du 26 au 30/08	
Forfait Journée										
Forfait ½ journée		M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	
Avec Repas										

----- Cocher les cases pour les choix des semaines et du forfait souhaités -----

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil de l'Association « Les Gosses de Crépy » et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à _____ Le _____

Signature du représentant légal

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

E N F A N T 2	Nom : Prénom :									
	Date de N. : / / Sexe de l'enfant F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>									
	REGIME ALIMENTAIRE									
	L'enfant a-t-il des contres indications alimentaires particulières :									
	JUILLET ET AOÛT 2019									
	Semaine		Du 08 au 12/07		Du 15 au 19/07		Du 22 au 26/07		Du 29/07 au 02/08	
	Forfait Journée									
	Forfait ½ journée		M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M
	Avec Repas									
	Semaine		Du 05 au 09/08		Du 12 au 14/08		Du 19 au 23/08		Du 26 au 30/08	
Forfait Journée										
Forfait ½ journée		M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	M	Ap.M	
Avec Repas										

----- Cocher les cases pour les choix des semaines et du forfait souhaités -----

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DES « GOSSSES DE CREPY »
--

Documents à fournir par la famille pour l'inscription :	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
➤ Dossier d'inscription complété et signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Règlement intérieur signé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Fiche sanitaire complétée et signée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photocopie du carnet de vaccination à jour de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Photocopie des avis d'imposition 2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Paiement (chèque ou espèce)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Assurance extrascolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inscription prise en compte par		Le	
---------------------------------	--	----	--

REGLEMENT INTERIEUR

« Gosses de Crépy »



I. PRESENTATION GENERALE

Agréé par le Ministère de la jeunesse et des sports, l'Accueil de Loisirs « Les Gosses de Crépy », est géré par une association loi 1901, Les Gosses de Crépy.

L'Association assure la gestion financière et opérationnelle de l'accueil :

- Elle pratique une politique de rencontres et d'échanges à travers les activités de groupe ;
- Elle vise à la formation personnelle des enfants dans un sens d'écoute et de partage ;
- Elle assure une mission de service en direction des familles, au bénéfice des enfants vers des temps de loisirs et de découvertes.

E-mail	Les.gosses.de.crepy@gmail.com	Site internet	www.les-gosses-de-crepy.fr
Adresse	Association « Les Gosses de Crépy » 3 Rue Hubert Francolin 60800 Crépy-en-Valois		
Lieu de Fonctionnement	Ecole J. Prévert (maternelle) et Ecole J. Vassal (élémentaire) 60800 Crépy-en-Valois		
Âge des enfants	3 à 17 ans		
Capacité d'accueil	300 enfants dont 100 maternelles		
Les repas	Petit déjeuner (péri-accueil), repas et goûter fournis par l'accueil de loisirs		
Lieu des repas	Restaurant scolaire Geresmes		
Période d'ouverture	Vacances d'été		
Horaires de fonctionnement	Accueil : 8h31 à 9h00 ou 13h15 13h30 Sortie : 12h/12h30, 13h/13h30 ou 17h30	Péri accueil : 7h à 8h30 17h31 à 19h	
Horaires du bureau	7h – 9h / 17h – 19h		

II. MODES D'ACCES

Ils sont accessibles (élémentaire ou maternel) en **forfait semaine**.

- Soit à la journée complète (de 8h30 à 17h30)
- Soit à la ½ journée **sans** repas (de 8h30 à 12/12h30 ou 13h/13h30 à 17h30)
- Soit à la ½ journée **avec** repas (de 8h30 à 13h/13h30 ou 12h/12h30 à 17h30)
- Soit à la journée **sans** repas (de 8h30 à 12/12h30 et de 13h/13h30 à 17h30)

Les familles devront se conformer aux horaires de l'accueil du forfait réservé. Seule une autorisation exceptionnelle de sortie écrite des parents et présentée à la direction pourra justifier du départ anticipé d'un enfant au cours de la journée (déchargeant ainsi l'accueil de la responsabilité de l'enfant).

Les dossiers d'inscription devront être remplis le plus précisément possible (coordonnées, personnes pouvant venir chercher l'enfant, renseignements médicaux...). Aucun enfant ne sera accepté au sein de l'accueil si le dossier d'inscription n'est pas complet et si les différents documents de l'inscription ne sont pas signés (Fiche sanitaire, dossier d'inscription, autorisations obligatoires).

S'il existe des impayés des années antérieures non régularisés, l'inscription ne pourra être prise en compte.

III. LA VIE DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

Un large éventail d'animations et de sorties sont proposés tout au long des vacances. Les animations proposées sont encadrées par les animateurs. Toutefois, certaines activités (escalade, poney, accrobranche, etc...) sont encadrées par des animateurs diplômés d'Etat ou moniteurs fédéraux, en adéquation avec la législation des accueils de loisirs. L'équipe apportera son aide pour l'encadrement de ces activités. Le programme des activités est établi et diffusé au bureau de la direction.

Lors du séjour de votre enfant, il aura l'occasion de participer à des sorties exceptionnelles (piscine, aventure park, équitation...), toutes ces activités seront payantes. Il faudra les régulariser lors du séjour de votre enfant.

La tenue vestimentaire des enfants doit être adaptée aux activités choisies (piscine, équitation ...) et aux conditions météorologiques (K-way, chaussures fermées...). Afin d'éviter les insolation et les coups de chaud, il est préférable que votre enfant vienne sur l'accueil avec une casquette ou un chapeau. En cas de perte ou de vol, l'Association « Les Gosses de Crépy » se décharge de toute responsabilité, donc le port d'objet de valeur est déconseillé.

Une compagnie de transport ou les services de transport de la ville de Crépy-en-Valois assure les différents déplacements aux activités.

Nous vous rappelons, qu'à la sortie des enfants, l'équipe d'animation est susceptible de vérifier votre identité à tout moment. Toute personne, en mesure de venir chercher l'enfant, doit avoir en sa possession une pièce d'identité.

Aucun enfant n'est autorisé à repartir seul de l'accueil sauf autorisation écrite des parents et présentée à la direction (déchargeant ainsi l'accueil de la responsabilité de l'enfant). Vous demeurez responsable de votre enfant pendant son parcours pour venir à l'accueil et sur le chemin du retour à son domicile.

Nous vous rappelons qu'après 19h (heure de fermeture de l'accueil), les animateurs et la direction ne sont plus responsables des enfants et que ces derniers pourront être confiés à la gendarmerie si aucun parent ne se manifeste. Mon enfant n'est placé sous la responsabilité de l'Association que pendant sa présence dans l'accueil de loisirs et sa participation aux animations (à la ½ journée, à la journée en cas de prise de repas sur place, de sortie ou en camping).

Vous demeurez responsable des faits et gestes de votre enfant à l'encontre des tiers, des locaux, du matériel de l'accueil de loisirs et pour tout incident touchant personnellement (exemple : en cas de chute), sauf en cas de faute grave d'organisation et de manque de surveillance de l'accueil de loisirs. Contracter une assurance n'est pas obligatoire. Ne pas être assuré peut contraindre à assumer personnellement et financièrement la réparation des dommages que votre enfant pourrait causer.

Aucun médicament ne pourra être distribué à un enfant sans ordonnance médicale ainsi qu'une autorisation parentale qui permet à l'équipe pédagogique de donner les médicaments à l'enfant. Les enfants doivent arriver en parfait état de santé et de propreté.

Nous vous rappelons que vous êtes tenus :

- De garder votre enfant à domicile si ce dernier est malade
- De venir récupérer votre enfant si ce dernier tombe malade pendant le temps d'accueil

Les frais médicaux sont à la charge de la famille. Ces frais sont remboursés par les organismes de sécurité sociale et caisse complémentaire.

En cas de non-respect du règlement ou de comportement déplacé, la direction se réserve le droit d'accepter ou non un enfant au sein de l'accueil de loisirs. En cas de mauvais comportement, la direction pourra être amenée à exclure l'enfant. Dans ce cas, les familles seront immédiatement averties afin de le récupérer.

Partenaires :



IV. MODALITES DE PAIEMENT

Les inscriptions à l'accueil de loisirs ne se font que sous **forfait semaine**. Aucune exception ne sera faite. Le péri (Matin et Soir), lui, est facturé à la présence.

Le prix du séjour de votre enfant est établi à partir du **barème n°4 de la CAF** (Tableau ci-dessous) et des avis d'imposition de l'ensemble du foyer.

Nombre d'enfant à charge	1	2	3	4 et +
	0.26 %	0.24 %	0.22 %	0.20 %
Participation familiale en euros (montant fixe)				
Plancher revenu mensuel 550 €	1.33 €	1.23 €	1.13 €	1.02 €
Plafond revenu mensuel 4 500 €	11.70 €	10.80 €	9.90 €	9.00 €

Pour les ressources comprises entre 551€ et 4 499€, nous appliquons un pourcentage sur les ressources mensuelles.

Le paiement peut s'effectuer de 2 façons :

- Soit par chèque (de préférence)
- Soit par espèce

Lors de l'inscription de votre enfant, l'intégralité des semaines réservées devra être réglée. Il est possible de payer la totalité du séjour en plusieurs chèques. Pour les péri (matins et soir), la régularisation se fera au bureau de la direction de l'accueil qui se trouvera à l'école Jean Vassal durant la période d'ouverture de l'accueil de loisirs (juillet et août). Il serait préférable que l'intégralité du séjour de votre enfant soit réglée avant la fin de l'accueil.

Revenu brut Global du foyer (Père + Mère)	= REVENU MENSUEL
12	
Revenu mensuel x (% enfant à charge)	= PRIX JOURNEE
100	
Prix journée	= PRIX ½ JOURNEE
2	
3.80 €	= PRIX REPAS

CALCUL Forfait Semaine (Exemple : Forfait journée + repas)

(Prix Journée + Prix repas) x Nbre de jour dans la semaine) x Nbre d'enfant)

CALCUL Péri-Accueil (il est facturé à la présence)

Prix journée	X 1.5 + 0.50 €	= prix péri-accueil Matin
8		
Prix journée	X 1.5	= prix péri-accueil Soir
8		

V. INSCRIPTION, RESERVATION ET ANNULATION

Durant les journées d'inscriptions, il vous faudra réserver les semaines de présence de votre enfant au sein de l'accueil.

TOUTE SEMAINE RESERVEE EST DUE.

Les inscriptions, les réservations et les annulations des semaines ne pourront se faire qu'en fonction du tableau ci-dessous :

SEMAINE	<i>Dernière date pour l'inscription, la réservation et l'annulation des semaines.</i>
Du 08 au 12/07	Samedi 30 Juin 2019 à 15h
Du 15 au 19/07	Samedi 06 Juillet 2019 à 15h
Du 22 au 26/07	Vendredi 12 Juillet 2019 à 19h
Du 29/07 au 02/08	Vendredi 19 Juillet 2019 à 19h
Du 05 au 09/08	Vendredi 26 Juillet 2019 à 19h
Du 12 au 14/08	Vendredi 02 août 2019 à 19h
Du 19 au 23/08	Vendredi 09 août 2019 à 19h
Du 26 au 30/08	Mercredi 14 août 2019 à 19h

Pour les familles ayant choisi le forfait demi-journée, il est possible de rajouter des demi-journées supplémentaires et/ou des repas pour que leur enfant puisse participer aux activités payantes ainsi qu'aux journées à thème. Cependant, en cas de rajout de demi-journée pour un autre motif, le forfait semaine sera obligatoirement appliqué et il vous sera donc demandé de payer l'ensemble des demi-journées de la semaine concernée.

En cas d'absence de votre enfant, toute semaine réservée ne sera remboursée que sous certaines conditions :

- Sous certificat médical
- Si vous annulez une semaine, **avant** la date limite d'annulation de la dite semaine.

Mais aucun remboursement ne sera fait pour les annulations de la semaine en cours, ou pour les semaines non annulées avant les dates limites (tableau ci-dessus).

Aucune annulation ou changement ne pourra s'effectuer par téléphone, ils s'effectueront :

- **Soit par mail, avec une réponse positive de l'Association**
- **Soit directement au bureau de la direction, avec remise d'un document fourni par la direction justifiant que le changement a bien été pris en compte.**

Tout autre façon d'effectuer un changement ou une annulation ne sera pas pris en compte par l'Association « Les Gosses de Crépy », et par conséquent toutes les semaines réservées seront dues.

Le présent règlement doit être signé par les parents ou par un représentant légal de l'enfant.

(Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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 À LA FIN DU SÉJOUR.

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				Autres (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

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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES 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**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5 - 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 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, 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

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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 À LA FIN DU SÉJOUR.

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				Autres (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

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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES 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.**

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5 - 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 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, 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

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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 À LA FIN DU SÉJOUR.

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				Autres (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

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 ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES 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**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - 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 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, 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

.....
.....

