

Inscription ALSH

Accueil de **L**oisirs **S**ans **H**ébergement 4/17 ans, et **S**éjour **C**ourt 2014 / 2015

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....

Adresse :

Téléphone maison.....

Téléphone travail(Père).....Portable (Père).....

Téléphone travail(Mère).....Portable (Mère).....

Adresse Email :

Coefficient CAF Numéro Allocataire.....
 (Voir Samira avec votre numéro d'allocataire ou un attestation de coefficient)
 Numéro Allocataire MSA.....
 (Joindre document de la MSA)

Autorise mon enfant :Agé(e) de.....

Né(e) le :A :

A participer aux activités des ALSH et séjour court du Centre Social CASOC :

Durant les vacances scolaire de l'été 2015 Oui Non

A repartir seul après l'accueil de loisirs Oui Non

Ou accompagné des personnes suivantes : Oui Non

Indiquer le nom, prénom et numéro de téléphone de ou des personnes chargées de récupérer votre enfant.

NOM	PRENOM	TELEPHONE

(Juillet et août 2015) Faire une croix dans les cases correspondantes à la semaine						
Du 06/07/15 Au 10/07/15	Du 13/07/15 Au 17/07/15	Du 20/07/15 Au 24/07/15	Du 27/07/15 Au 31/07/15	Du 03/08/15 Au 07/08/15	Du 10/08/15 Au 14/08/15	Du 17/08/15 Au 21/08/15
Séjour Court équitation		Du 27/07/2015 Au 31/07/2015		Oui	Non	

Le :A :Signature du ou des parent(s)

FICHE SANITAIRE 2014 / 2015 (Joindre copies des Vaccins)

Enfant Né(é) le

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

1- **VACCINATIONS** : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS DATES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

oui non

.....

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 aigu 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"/>	

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM :

PRENOM :

TELEPHONE :

MEDECIN TRAITANT :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention (chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :

CENTRE SOCIAL CASOC 7 PLACE DU GÉNÉRAL DE GAULLE 02230 FRESNOY LE GRAND

TÉL : 03.23.09.13.63 FAX : 03.23.63.60.73

E-Mail : casocsecteurjeunesse@orange.fr Site Web : www.casoc-fresnoy.fr