

LES AUTORISATIONS

Merci de cocher toutes les cases correspondantes à vos autorisations. Si une case n'est pas cochée, la Communauté de Communes et ses représentants ne pourront être tenus responsables des éventuels désagréments.

Je, soussigné....., responsable légal de l'enfant,

AUTORISATIONS LEGALES

Autorise le responsable à faire soigner mon enfant et faire pratiquer dans l'hôpital le plus proche, les interventions d'urgence que nécessiterait son état de santé ;

M'engage à régler les éventuels frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'opération en l'absence de prise en charge médicale ;

Certifie :

- que mon enfant est bien couvert durant les animations extrascolaires par la responsabilité civile et individuelle ;
- que mon enfant ne présente aucune contre-indication d'ordre médical pour la pratique d'animations sportives ;
- avoir pris connaissance du règlement intérieur et rendu complet le dossier d'inscription.

AUTRES AUTORISATIONS

Autorise mon enfant à participer à toutes les animations : Non Oui

Autorise mon enfant à participer aux sorties : Non Oui

Autorise le maquillage et la prise de photo : Non Oui

Autorise mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des activités : Non Oui

Autorise la diffusion éventuelle dans les publications de la Communauté de Communes (y compris site internet) : Non Oui

Autorise le gestionnaire à aller sur le site mis en place par la CAF pour consulter et conserver nos données personnelles pour calculer notre tarif : Non Oui

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER LE JEUNE

J'autorise mon enfant de plus 6 ans à rentrer seul : Oui Non, personnes autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom & Prénom :				
Lien avec l'enfant :				
Téléphone domicile :				
Téléphone travail :				
Portable :				

AUTORITE PARENTALE

Merci de nous indiquer si chacun des responsables légaux exercent la même autorité.

Pour chaque situation particulière, nous indiquer expressément la conduite à tenir :

Jugement : Oui (joindre justificatif) Non

Lu et approuvé, Fait à le/...../20.....
Signatures des responsables légaux,

**L'enfant ne pourra être accueilli
qu'à la réception du dossier complet et du
règlement de la période concernée !**

Les informations collectives sur la fiche de renseignements jointes sont soumises au droit d'accès et de rectification prévu par l'article 27 de la loi N°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



PHOTO

Communauté de Communes Canaux et Forêts en Gâtinais

BP 7 - 146 rue des Erables 45260 LORRIS - Tél : 02 38 92 64 08

8 Chemin de la Messe 45230 CHATILLON-COLIGNY - Tél : 02 38 96 76 10

FICHE D'INSCRIPTION

L'enfant

Nom :

Prénom :

Date et Lieu de naissance : / / à

Sexe : Féminin Masculin

Fratrie :

Adresse :

LES RESPONSABLES LEGAUX

Parents

Tuteurs

	Père	Mère
Nom & Prénom :		
Adresse :		
Code postal & Ville :		
Téléphone domicile :		
Portable :		
Mail :		
Profession :		
Employeur :		
Téléphone travail :		

N° CAF / MSA :

Nom et prénom de l'allocataire :

Compagnie d'assurance :

N° de la police d'assurance :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

L'enfant sait-il nager ? Non Moyennement Oui

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Portable :

L'enfant a-t-il des contre-indications médicales ? Non

Oui, lesquelles ?



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).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT polio, 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 ?

Table with 10 columns for diseases: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE, COQUELUCHÉ, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

REGIME ALIMENTAIRE : sans porc sans viande

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