



Tél : 03.88.50.00.11

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

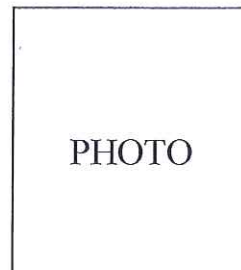
Nom

Prénom

Date de Naissance

Classe

Ecole



PARENTS

Nom / Prénom du
Représentant légal

Nom / Prénom du
Conjoint / Tiers

Adresse

Téléphone domicile

Téléphone portable Père Mère

Adresse mail

Nom / Adresse/ Père.....
de l'employeur

Mère.....

Téléphone de l'employeur Père Mère.....

N° CAF N° S.S

Nom / Médecin traitant Téléphone

PERSONNES HABILITÉES A CHERCHER L'ENFANT :

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone
-----	--------	---------	-----------



Bulletin d'inscription Mensuelle* ou Annuelle**

(barrer la mention inutile)

Mois de ou du au

Nom :

Prénom :

MIDIS

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

SOIRS

Lundi Mardi Jeudi Vendredi



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE

DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE 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.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 4 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES.

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 PARCOURANT 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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____ ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

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

DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE DROIT A L'IMAGE

Utilisation de photos de votre/vos enfant(s) par la Commune de Dinsheim-sur-Bruche

Dans le cadre de l'illustration de nos articles et de la création d'éventuels albums photos sur le site internet de la Commune, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants (pour le journal, le site internet, dans les différentes publications de la Commune).
Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.
La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le talon ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de nom. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

Madame, Monsieur

autorise(nt) les employés de la Commune de Dinsheim-sur-Bruche à utiliser des photos de mon/mes enfant(s) prises au cours des activités organisées par le périscolaire communal.

refuse(nt) que la Commune de Dinsheim-sur-Bruche utilise des photos de mon/mes enfant(s).

Fait à..... le

Signature du/des parent(s)