



COMMUNE DE MARQUETTE-LEZ-LILLE

Service Enfance - Jeunesse

FICHE D'INSCRIPTION 2011/2012
ACCUEILS DE LOISIRS - SEJOURS COURTS ET MERCREDIS RECREATIFS

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Responsable(s) de l'enfant Nom, prénom et adresse : Père Mère Autre

Adresse Email : @

Téléphone fixe : Portable :

Si garde alternée nom, prénom et adresse du père ou de la mère

Adresse Email : @

Téléphone fixe : Portable :

Quotient familial : N° Allocataire :

Numéro de Sécurité Sociale sur lequel est inscrit l'enfant : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Assurance extrascolaire numéro de police (ou contrat) :

Compagnie

Employeur du père : Téléphone :

Employeur de la mère : Téléphone :

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Personne à prévenir en cas d'indisponibilité :

Nom et prénom et adresse :

Téléphone fixe : Portable :

Votre enfant est-il autorisé à rentrer seul : Oui Non

En cas d'absence, personne(s) exclusivement autorisée(s) à venir chercher mon enfant:

Nom et prénom : Téléphone :

Nom et prénom : Téléphone :

Nom et prénom : Téléphone :

Pour un cas exceptionnel, un mot signé et daté des parents suffit pour que l'enfant soit confié à la personne porteuse de ce mot avec justificatif de son identité.

En cas d'absence de votre enfant aucun report de journée(s) et/ou remboursement ne seront effectués sauf si présentation d'un certificat médical.



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

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, 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 ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHÉ, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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)

Dotted lines for providing details on allergies and medical management.

Renseignements complémentaires (rayer les mentions inutiles) :

Piscine : Oui Non

Initiation au camping (une nuitée) : selon les places disponibles Oui Non

Garderie: Oui Non Si oui: Matin Soir

Navette de bus durant les vacances scolaires uniquement : Oui Non Si oui, préciser l'arrêt :

Village en Flandres (Ecole J.Brel) Pasteur (Ecole Maternelle)

Ecole des Alouettes (rue du Docteur Guérin) Studio 4 (rue de Wambrechies)

Abbaye (salle polyvalente) Domaine du Vert Bois (C.D.L.)

J'autorise la commune (direction des Accueils de Loisirs) :


- A donner les premiers soins à mon enfant en cas de besoins.
- A faire participer mon enfant à toutes les sorties proposées.
- A faire participer mon enfant à toutes les activités sportives proposées (kayak, escalade, vélo...).


- A utiliser tous les supports (photos, vidéos, reportages...) sur lesquels apparait mon enfant

Observations :

Inscription pour les Accueils de Loisirs

pendant les vacances scolaires. Inscription et facturation à la semaine

	Toussaint		Février du 27/02 au 09/03				Pâques du 23/04 au 04/05				
	du 24 au 28/10/11		Semaine 1		Semaine 2		Semaine 1		Semaine 2		
	AL	Cantine	AL	Cantine	AL	Cantine	AL	Cantine	AL	Cantine	
3 ^{1/2} - 8 ans											
9 - 13 ans											
14 - 17 ans											

	Juillet du 09/07 au 03/08				Août du 06 au 24									
	Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3		Semaine 4		Semaine 1		Semaine 2		Semaine 3	
	AL	Cantine	AL	Cantine	AL	Cantine	AL	Cantine	AL	Cantine	AL	Cantine	AL	Cantine
3 ^{1/2} - 8 ans														
9 - 13 ans														
14 - 17 ans														

Inscription pour les Mercredis Récréatifs

du 14 septembre 2011 au juin 2012. Inscription et facturation à la journée

Oui Non

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, accepte les conditions de fonctionnement des ALSH et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Nom : _____ Date : _____
Prénom : _____ Signature : _____

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

.....

