

UNE FICHE PAR ENFANT

NOM – Prénom de l'enfant.....
Date de naissance.....

INSCRIPTION STAGES

NOM DU STAGE	AGE	DATES	HEURES	SOUHAITEZ-VOUS UN COMPLEMENT ACCUEIL DE LOISIRS


2 formules vous sont proposées uniquement si vous avez pris l'option accueil de loisirs :

- navette bus matin et soir
arrêt choisi : Maison de quartier St Andoche, Place du champ de Mars, Croix Verte, St Jean, Prieuré St Martin (entourer votre choix)

ou

- Accueil matin et soir : Moulin du Vallon

VILLE D'AUTUN – Direction animation jeunesse et sports
Moulin du Vallon – 4, route de Chalon sur Saône – 71400 AUTUN
Tél. 03.85.86.95.80 – Fax 03.85.86.95.81
territoiredaventures@autun.com www.autun.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS	1 - ENFANT		
	NOM :	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	
	Prénom :		
	Date de Naissance :		
		Ecole fréquentée :	

2 - VACCINATIONS

SE REFERER AU CARNET DE SANTE

VACCINS OBLIGATOIRE	O U I		date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
	O	N			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					

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 MEDICAUX

- 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 administré sans ordonnance.

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigu		Scarlatine	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	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, suit-il un régime alimentaire ? Précisez :

.....

5 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

PERE ou TUTEUR LEGAL

NOM - Prénom Courriel.....

Adresse.....

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. professionnel : Profession (facultatif) :

MERE ou TUTRICE LEGAL

NOM - Prénom Courriel.....

Adresse.....

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. professionnel : Profession (facultatif) :

Si l'enfant réside à une adresse différente pendant le séjour :

NOM - Prénom

Adresse.....

Tél. domicile : Tél. portable :

Autres personnes habilitées à récupérer l'enfant : (autre parent, voisin, ami, grand frère ou sœur)

NOM - Prénom Tél. :

NOM - Prénom Tél. :

NOM - Prénom Tél. :

Médecin traitant (facultatif),

NOM..... Adresse.....

..... Tél. :

J'autorise l'utilisation d'image de mon enfant pour les supports de communication de la Ville d'Autun (presse, brochure, etc.) : OUI NON

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et j'en accepte les termes.

Je soussigné, (NOM - Prénom).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je m'engage à signaler toute modification intervenant en cours d'année. J'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(s) :

Fiche à retourner accompagnée des pièces suivantes et du paiement :

- Choix de vos activités (une fiche par enfant), cf. imprimés
- Indiquer N° de sécurité sociale (facultatif)
- Copie assurance responsabilité civile
- Copie de **l'attestation centre de loisirs** de la C.A.F précisant votre quotient familial (si vous êtes allocataire)
- Paiement

Tout dossier incomplet ne sera pas traité

VILLE D'AUTUN – Direction animation jeunesse et sports

Moulin du Vallon – 4, route de Chalon sur Saône – 71400 AUTUN

Tél. 03.85.86.95.80 – Fax 03.85.86.95.81 ♦ territoireadventures@autun.com ♦ www.autun.com