Suite fiche sanitaire form'ADOS 2010

L'enfant est-il en cours de traitement médicamenteux ? ❒ Oui ❒ Non

Descriptif et ordonnance en copie :

Joindre l'ordonnance, et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Difficultés de santé

L'enfant a-t-il eu des difficultés de santé, accident, maladies, crises de convulsion, hospitalisations, opérations, en précisant les dates et précautions à prendre le cas échéant.

RECOMMANDATIONS des parents :

Si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc.. précisez :

MEDECIN TRAITANT Informations et coordonnées du médecin traitant de l'enfant

Nom: Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre selon le règlement intérieur de l'ALSH de la Communauté de Communes, le cas échéant, toutes mesures de traitement médical, hospitalisation, intervention, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature du responsable légal (obligatoire) :

A remplir par la Direction de l'ALSH de la Communauté de Communes de Gâtine et Choisilles :

Coordonnées de l'organisateur

Communauté de Communes de Gâtine et Choisilles - Le Chêne Baudet 37360 Saint-Antoine-du-Rocher
Tel Service Jeunesse : 02 47 29 81 02 - Fax : 02 47 29 81 04 - Ligne standard : 02 47 29 81 00
Portable Direction : 06 81 80 72 15

❒ Février 2010 (8 au 19 février 2010)
❒ Avril 2010 (5 au 16 avril 2010)
❒ Juillet 2010 (5 au 30 juillet 2010)
❒ Echange européen : Voyage en Pologne
dates non définies à ce jour
❒ Octobre 2010 (25 octobre au 4 novembre 2010)

Cachet du Service Jeunesse

Fiche d'inscription

Gâtine Choisilles
COMMUNAUTE DE COMMUNES

A remplir et retourner au Service Jeunesse - Communauté de Communes de Gâtine et Choisilles
Le Chêne Baudet - 37360 Saint-Antoine-du-Rocher

RESPONSABLE(S) LEGAL(aux)

Le père Nom : Prénom :

La mère Nom : Prénom :

Autre :

Situation familiale : ❒ Marié(e) ❒ Divorcé(e) ❒ Vie maritale ❒ Célibataire Veuf(ve)
❒ Séparé(e) (Merci de bien vouloir adresser une copie du jugement).

COORDONNEES

Adresse :

Code postal : Commune :

Numéros de téléphone * :

/ / / / Nom : Prénom :

/ / / / Nom : Prénom :

/ / / / Nom : Prénom :

/ / / / Nom : Prénom :

Adresse mail :

❒ Je souhaite recevoir par mail le programme des activités form'ados et j'accepte donc en cochant cette case de ne plus le recevoir par courrier papier.

INFORMATIONS

Votre numéro de sécurité sociale :

Votre assureur : N° police :

Accompagnant(s) : J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfant(s) à l'accueil du centre de loisirs :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° téléphone

Personnes à prévenir en cas d'urgence, autres que les parents le cas échéant :

J'autorise mon/mes enfant(s) à rentrer seul(s) à leur domicile après l'activité. ❒ OUI ❒ NON

❒ J'autorise mon/mes enfant(s) à la baignade. Merci de joindre le certificat de 25 mètres de baignade.

* N'oubliez pas que nous pouvons avoir besoin de vous joindre à tout moment de la journée !

INSCRIPTIONS

Les Enfants à inscrire :

Nom	Prénom	Sexe (G/F)	Date de naissance	Age

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____responsable légal des enfants cités ci-dessus.

Déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de l'ALSH Form'ados de la Communauté de Communes de Gâtine et Choisilles

❒ Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le centre de loisirs.

❒ Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre de loisirs.

❒ Autorise, en cas d'urgence, le/la directeur(trice) de l'ALSH à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mes enfants.

❒ M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.

❒ Autorise la CCGC à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'ALSH.

❒ Atteste avoir été informé(e) des modalités d'organisation des activités.

❒ Autorise la prise d'images photos/vidéos et son usage (presse, diaporama, site internet de la CCGC).

❒ Autorise le traitement sur un support informatique des informations concernant mon inscription. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant.

❒ Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Inscription aux activités.

Nom	Prénom	08/02	09/02	10/02	11/02	12/02	08/02 au 12/02	13/02	15/02	16/02	17/02	18/02	19/02	16/02 et 17/02	18/02 et 19/02	27/02	Total
		F1	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	**F6**	**F7**	**F8**	**F9**	**F10**	**F11**	**F12**	**F13**	**F14**	**F15**	
															Total		

INSCRIPTIONS NAVETTES

Quel(s) jour(s) votre/vos enfant(s) prendront la navette. Cochez la/ les date(s).

Nom	Prénom	08/02	09/02	10/02	11/02	12/02	13/02	15/02	16/02	17/02	18/02	19/02	27/02

Lu et approuvé.

Fait à ..... Le ..... Signature du/des responsable(s) légal(aux)

Fiche sanitaire form'ADOS 2010

❒ Février 2010 ❒ Avril 2010 ❒ Juillet 2010 ❒ Camp européen 2010 ❒ Octobre 2010

Enfant

Nom : . Prénom :

Date de naissance : / / ❒ Garçon ❒ Fille

Groupe sanguin : Le jeune est-il fumeur ? ❒ Oui ❒ Non

Vaccinations A remplir à partir du carnet de santé de l'enfant.

Vaccinations obligatoires

• DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) : Date des derniers rappels :

• ❒ Ou DT Polio Dates des derniers rappels :

• ❒ Ou Tétracoq Dates des derniers rappels :

• ❒ BCG Dates des derniers rappels :

Vaccinations recommandées

• ❒ Hépatite B Dates des derniers rappels :

• ❒ Rubéole – Oreillons – Rougeole (ROR) Dates des derniers rappels :

• ❒ Coqueluche Dates des derniers rappels :

• ❒ Autres précisez

Allergies

• L'enfant est-il allergique ? ❒ Oui * ❒ Non

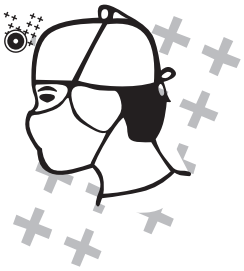
* Si oui préciser quelles allergies et la conduite à tenir

❒ Allergie médicamenteuse :

❒ Allergie alimentaire :

❒ Autre(s) allergie(s) :

MALADIE



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

Rubéole	❒ Oui ❒ Non	Oreillons	❒ Oui ❒ Non
Otite	❒ Oui ❒ Non	Asthme	❒ Oui ❒ Non
Rougeole	❒ Oui ❒ Non	Varicelle	❒ Oui ❒ Non
Angine	❒ Oui ❒ Non	Scarlatine	❒ Oui ❒ Non
Rhumatismes articulaires	❒ Oui ❒ Non	Coqueluche	❒ Oui ❒ Non

❒ Autres précisez :