

FICHE INSCRIPTION APS - Année scolaire 2016-2017

J'autorise mon enfant :

À participer aux activités péri scolaires de 15h00 à 16h30 : ☐ le mardi ☐ le vendredi

A partir seul des APS : ☐ Oui ☐ Non

Autorisation du droit à l'image à titre gracieux

M ou Mme..... autorise mon fils/ma fille....., né(e) le.....
à être photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des Activités Péri Scolaires.

Nom Prénom de l'enfant :

École fréquentée :

Classe :

Né(e) le : ____/____/____

Parents :

Parent 1 :

Nom Prénom :

Adresse :

.....

Lien de parenté :

Profession :

Employeur :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Adresse mail :

Parents 2 :

Nom Prénom :

Adresse :

.....

Lien de parenté :

Profession :

Employeur :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone travail :

Adresse mail :

Régime allocataire : CAF ☐ MSA ☐

N° d'allocataire :

Personnes autorisées ou interdites à récupérer votre enfant

Interdit	Nom Prénom	Téléphone	Lien parenté
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'enfant
certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date

Signature

Fiche sanitaire de liaison

Ministère de la jeunesse et des sports

1- ENFANT

Nom Prénom Sexe Date de naissance

2- VACCINATIONS

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit : Du DT Polio Du DT Coq Du Trétracoq D'une prise polio Rappels	VACCINS PRATIQUES	DATES ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
--	-------------------	---

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
1er VACCIN DATES ____/____/____	VACCIN DATES ____/____/____	VACCINS DATES ____/____/____
REVACCINATION ____/____/____	1er RAPPEL ____/____/____	____/____/____

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

.....
.....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES ____/____/____ ____/____/____
---------------------	--------------------------	---

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT - l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes

RUBEOLE NON ☐ OUI ☐	VARICELLE NON ☐ OUI ☐	ANGINES NON ☐ OUI ☐	RHUMATISMES NON ☐ OUI ☐	SCARLATINES NON ☐ OUI ☐
COQUELUCHE NON ☐ OUI ☐	OTITES NON ☐ OUI ☐	ASTHME NON ☐ OUI ☐	ROUGEOLE NON ☐ OUI ☐	OREILLONS NON ☐ OUI ☐

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations chirurgicales)

..... ____/____/____
..... ____/____/____

4- RECOMMANDATION DES PARENTS :

.....
.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement NON ☐ OUI ☐

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom :

Adresse :

Médecin traitant :

N° tél :

N° de SS :

N° de Tél domicile :

N° de Tél travail :

Adresse du centre payeur :

Je soussigné, responsable 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