

Enfant

Nom/prénom(s) :

FAM :
Enft :
Cadre réservé au service

Date de naissance : Lieu :

Restauration/ habitudes alimentaires liés aux convictions personnelles, pour votre enfant :
.....

Parents

Nom/prénom(s) du responsable :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N°Tél : /

Mail : Profession :

L'ordre des vœux : *numéroter par ordre de préférence de l'activité de 1 à 9

Attention : La validation de l'inscription ne sera effective qu'au moment du règlement de votre facture. Vous recevrez un courriel pour vous informer de la date de votre prochain règlement, vérifiez la facture, les dates et jours des activités seront mentionnés.

Dates	17-juil	18-juil	19-juil	24-juil	25-juil	26-juil	31-juil	01-août	02-août
Activités	Acroroc	Kayak-rafting	CAZ VR Réalité Virtuelle	Karting	Jeux de piste numérique	Laser Game	Ciné Grand sud	Bubble Foot (football dans les bulles gonflables) Archery tag (activités d'arc et flèches)	Runstacle (challenge, parcours d'obstacles)
Choix *									
Prix	7 €	7 €	7 €	7 €	5 €	7 €	7 €	5 €	7 €

Autorisation parentale

Je soussigné(e), agissant en qualité de titulaire de l'autorité parentale sur le mineur : l'autorise à participer à l'accueil de loisirs.

J'autorise à prendre des photos de mon enfant au cours des activités et les utiliser dans des supports de communication : OUI NON

Je garantis à la Commune, que j'ai autorité pour accorder cette autorisation contre tout recours ou action que pourrait former toute personne physique ou morale qui estimerait avoir des droits quelconques à faire valoir sur tout ou partie de cette autorisation.

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire OUI NON

Nom de la compagnie :

Informations sanitaires-Fiche sanitaire de liaison à remplir

Vaccins à jour : OUI NON Lunettes : OUI NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler tout changement modifiant les informations de cette fiche. Je reconnais être informé que ; les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la prise en compte des inscriptions.

Petite-Île le,

Signature

<h1 style="margin:0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

DATES ET NATURE DE L'ACTION : **Journées vacances loisirs Juillet-Août 2024**

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LES ACTIVITES DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DE L'ACTION.

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 ? 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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 A TENIR (si automédication le signaler)

REGIME ALIMENTAIRE (médical ou religieux)

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.....
.....
.....

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 de l'action 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 DE L'ACTION



Association Réunionnaise des Centres de Vacances

✉ 10 bis rue Alain Peters – SHLMR Les Calebassiers – 97490 Ste Clotilde

☎ 02 62 28 18 47 – @ accueil.sd@arcv.run - www.arcv.run

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....