

### **BUSIGNY**



# Accueil de Loisirs Sans Hébergement

## Fiche d'inscription grandes vacances

	n°					
	N° allocataire :					
enfants dont les no	n autorité parentale oms suivent et sollic ode du 10 au 28 juill	ite leur ins	criptic	n à l'A		
	ront sortir avant 17				parent	al
Nom, prénom et	date de naissance de chaqu	e enfant	1ère semair			
	né(e) le	***************************************			]   [	
	né(e) le		П	Г	1 Г	٦
	né(e) le	•••••	Ħ		i F	뒥
	né(e) le		H		<del>i                                     </del>	븍
			片		╬┼┼	<u> </u>
	né(e) le	*****		L	<u> </u>	
* Cocher Pour autoriser l'enf	ant	TARIFICATION		COMMUNE	HORS COMM	IUN
à repartir seul dès :	L7h	QF de 0 à 369 QF de 370 à 4		10,00 € 18,00 €	10,00	
		QF de 500 à 7		24,00 €	24,00	
		QF de 701 à 9	00	26,00€	35,00	
		QF de 901 à 1	100	28,00€	40,00	€
		QF de 1101 et	plus	30,00€	45,00	€
QUOTIENT FAMILIAL QF	TARIF POUR UNE SEMAINE		SOMME	A ENCAISS	ER	
			.€ X	SEMAINE	S =	
prix comprend l'inscription et le	e <mark>s repas.</mark> ctué pour maladie, seule l'hospitali ent. (à partir de la date d'hospitali	sation de	Busigny, Signatur			



#### MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT		
NOM:	W-4-	
PRÉNOM :		
DATE DE NAISSAN	NCE :	
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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?						
RUBÉOI F	VARICELLE	ANGINF	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARI ATINF		
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON		
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS			
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON			
ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non AUTRES						
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)						

INDIQUEZ CI-APRES :
LES <b>DIFFICULTÉS DE SANTÉ</b> (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES <b>PRÉCAUTIONS À PRENDRE</b> .
REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS 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 DESDONICADI E DE LIENEANIT
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT
NOM
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