

Note concernant le remplissage de la fiche d'inscription Camp ou CVL

1 Fiche d'inscription

Pour faciliter l'inscription de votre ou de vos enfants (une fiche par enfant) renseignez le mieux possible les rubriques demandées.

Cette fiche est constituée de 4 parties :

- La première concerne le signalement de votre enfant
- La deuxième vous demande de préciser la période d'inscription en cochant les cases qui correspondent aux semaines de présence.
- La troisième partie concerne le responsable de l'enfant. Si vous êtes allocataire CAF et que vous avez reçu en début d'année une attestation qui vous octroie l'ATL, faites une photocopie et joignez-la à votre dossier.
- La dernière partie, au verso de la feuille, concerne l'état de santé de l'enfant et votre engagement. Elle nécessite pour son remplissage son **cahier de santé**. Cette partie n'est pas la plus facile à remplir mais elle est obligatoire. Si vous avez des difficultés, vous pouvez nous envoyer les photocopies des parties concernées (les pages concernant les vaccinations).
N'oubliez pas de remplir **et de signer** la partie autorisation qui permettra à la Directrice, en cas de problèmes de santé de l'enfant, d'intervenir le plus rapidement possible.

2 Assurance

L'Association Francas de Richardménénil a souscrit une assurance responsabilité civile auprès de la MAE n° 054MA00025 76044 Rouen Cedex. Néanmoins il est fortement conseillé à la famille de souscrire une assurance complémentaire (assurance scolaire ou autre)

3 Autorisation de reproduction et de représentation de photographies (Personne photographiée mineure)

Je soussigné.....
Demeurant à.....
Autorise : **l'association Francas de Richardménénil** à photographier, notre enfant mineur dont le nom est : demeurant à.....
à utiliser son image

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, nous autorisons **l'association Francas** à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre des activités de l'association.

Fait à, le.....

Signatures précédées des nom et prénom des représentants légaux de l'enfant

Association d'Education Populaire agréée Jeunesse et Sports, Ecole M. Barrès Rue Ronsard,
54 630 Richardménénil Tel : 03 83 25 72 98 CCP Nancy N° 63 398 N



**Fiche d'inscription en
Camp ou en Centre de
Vacances et de Loisirs (CVL)**

**Association Francas de
Richardménénil**

ANNEE : 2018 ENFANTS ou JEUNES	Nom : Prénom : Né (e) : Sexe :
Formules choisies (1) : A la semaine : 1° sem. <input type="checkbox"/> 2° sem. <input type="checkbox"/> 3° sem. <input type="checkbox"/>	2 sem. : du 8 au 20/07 <input type="checkbox"/> ou du 15 au 27/07 <input type="checkbox"/> 3 sem. : du 8 au 27/07 <input type="checkbox"/> Sem. Franco-Allemande : Du 21 au 27/07 <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE DE L'ENFANT	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :	
Domicile :	Travail :
Courriel : (bien lisible) :	
Nom et adresse de l'employeur :	
N° de Sécurité Sociale :	
N° CAF : (Obligatoire pour tous)	
ATL CAF (2) <input type="checkbox"/> Si oui QF ;	
N'oubliez pas de remplir la fiche sanitaire au verso	

- (1) 1° sem. : 08 au 13/07/18 ; 2° sem. : 15 au 20/07/18 ; 3°sem. : 22 au 27/07/18
(2) ATL : Aide au temps libre de la CAF, dépend du QF et signifiée par courrier en début d'année



NOM DE L'ENFANT :

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
Diptérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT polio					
Ou Tétra coq					
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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	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"/>	

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, ETC PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
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