



CENTRE SOCIAL RURAL DU VEXIN-THELLE

23 Rue de la République
60240 CHAUMONT EN VEXIN
Tel : 03.44.49.01.80
csrduvexinthelle@gmail.com

Fiche Inscription

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Age : Nationalité :
Sexe : F : M : Né(e) le à

Information scolaire

Année scolaire : Ecole :
Classe : Enseignant :

à : Le : Signature :

Famille NOM :

Adresse : Téléphone 1 :
Téléphone 2 :
Situation familiale : E-mail :
Nbr d'enfants à charge :

Fiche Inscription

Responsable 1 nom:

Adresse :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mobile :

N Allocataire :

Profession :

Tél. Pro. :

Autorité Parentale : oui non

Responsable 2 nom :

Adresse :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Mobile :

N Allocataire :

Profession :

Tél. Pro. :

Autorité Parentale : oui non

Cadre réservé aux cantine sscolaires et pauses méridiennes (uniquement celles de Fleury, Fresnes Léguillon et Trie-Château)

Cantine scolaire : oui non

Fresnes Léguillon Fleury Trie-Château

Inscription : Annuelle Ponctuelle Mensuelle

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL



Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Sexe : F M

Cette fiche permet d'accueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie		Coqueluche	
Tétanos		Haemophilus	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Pneumocoque	
		BCG	
		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : oui non
ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez :
Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir ou un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 :

ADRESSE : .

TEL DOMICILE

TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :