

### FICHE D'ADHESION CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant : .....  
 Prénom de l'enfant : .....  
 Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code postal : ..... Ville : .....

### RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Nom du père : ..... Nom de la mère : .....  
 Prénom du père : ..... Prénom de la mère : .....  
 Tél. personnel : ..... Tél. personnel : .....  
 Tél. portable : ..... Tél. portable : .....  
 Employeur : ..... Employeur : .....  
 Tél. professionnel : ..... Tél. professionnel : .....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom, prénom et lien de parenté : .....  
 N° de tél. : .....  
 Nom, prénom et lien de parenté : .....  
 N° de tél. : .....  
 Nom, prénom et lien de parenté : .....  
 N° de tél. : .....

### AUTORISATION DE SORTIE :

Je soussigné (e) : .....  
 autorise mon enfant : .....

- à repartir seul à la maison à la fin de la journée  oui  non
- à repartir avec les personnes désignées ci-dessous :

Nom et prénom : ..... lien avec l'enfant : .....  
 Nom et prénom : ..... lien avec l'enfant : .....  
 Nom et prénom : ..... lien avec l'enfant : .....  
 Nom et prénom : ..... lien avec l'enfant : .....

## Accueil de Loisirs sans hébergement de CHANTRAINE



**du lundi 13 au vendredi 17 février 2017**

**Horaires journalier de 8 h 30 à 17 h 30**

**Garderie de 7 h 30 à 8 h 30 et de 17 h 30 à 18 h 30**



**Date limite d'inscription : lundi 23 janvier dernier délai**

	tarif extérieur	tarif chantrainois (avec la participation communale)
du 13 au 17 février 2017	84,00 €	70,00 €

**Veuillez entourer votre/vos choix.**

**Règlement à l'inscription par : espèces, chèque bancaire, chèque postal, chèques vacances.**

Repas sans porc :  oui  non (en cas de non-réponse, le régime avec porc sera donné)  
 Aucun repas halal ne pourra être prévu.

**Pour le tarif préférentiel (QF<700), merci de se renseigner en mairie.**

Allocations familiales (caisse des Vosges) N° d'allocataire : .....

### Documents complémentaires à fournir :

**Obligatoires :** Copie de la page vaccinations du carnet de santé + Fiche sanitaire de liaison  
**Autres documents remis :** bons CAF, demande subvention communale, aide employeur, autres

### AUTORISATION PHOTOS/VIDEOS

Je soussigné (e) : ..... père, mère, tuteur de

.....  
 autorise l'équipe d'animation, à filmer, prendre des photos de mon enfant lors de la pratique d'activités mises en place par l'accueil de Loisirs de Chantraine. Ces images pourront être diffusées sur différents supports (presse, site internet, l'écho de Chantraine, etc.)

oui  non

**Indiquez ici les autres difficultés de santé** (maladie, accident, hospitalisation, etc.) en précisant les dates et **précautions à prendre** :

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

**Recommandations utiles des parents** : (port de lunettes, lentilles, prothèses, etc.)

.....  
 .....

**RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. bureau : .....

Nom et adresse de la mutuelle : .....

N° de contrat : .....

Nom du médecin traitant (facultatif) : .....

Je soussigné (e) : ..... 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Date : ..... Signature du responsable : (obligatoire)

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**ENFANT** :

Nom : .....  garçon  
 Prénom : .....  fille  
 Date de naissance : ...../...../.....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

**VACCINATIONS** : se reporter au carnet de santé

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT Polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (à préciser) :	
				.....	

**La copie de la page vaccinations du carnet de santé est obligatoire.**

**Pendant l'accueil**, 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 eu les maladies suivantes ?**

	Mal des transports	Varicelle	Rubéole	Rhumatismes	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Angine	Rougeole	Oreillons
OUI										
NON										

**Allergies** :

Médicamenteuse : Oui  Non  Alimentaire : Oui  Non   
 Asthme : Oui  Non  Autres : .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir** (si automédication, le signaler) :

.....  
 .....