



## BULLETIN D'INSCRIPTION AU SERVICE MUNICIPAL DES SPORTS

Photo

NOM et prénom de l'enfant : .....

Observations diverses (problèmes de santé, allergies, régimes alimentaires, mal des transports...) :

.....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... (Dépt : .....

Nom et prénom de la Mère .....

Adresse de la Mère .....

Email de la mère : .....

Nom et prénom du Père .....

Adresse du Père (si différente) .....

Email du père : .....

Aides :      CAF       SANOFI       MSA

### Numéros de téléphone

|      | Fixe | Portable | Bureau |
|------|------|----------|--------|
| Mère |      |          |        |
| Père |      |          |        |

Nom du médecin de famille : ..... Téléphone : .....

### AUTORISATIONS pour les inscriptions aux stages sportifs et camps

Je soussigné(e ) ..... , parent ou tuteur légal de l'enfant ..... autorise :

- En cas de nécessité de faire intervenir le médecin traitant et/ou celui rattaché aux centres de loisirs, de faire appel aux services d'urgence, d'hospitaliser l'enfant et de faire une anesthésie générale. Oui  Non
- Mon enfant à participer aux activités des centres de loisirs, à se baigner, à participer aux sorties et emprunter les moyens de transport mis à disposition par l'organisateur (Bus, Minibus, Tramway...). Oui  Non
- Les centres de loisirs à prendre en photo mon enfant et à éventuellement la publier dans le journal municipal, les journaux locaux, le site de la ville... Oui  Non

• mon enfant à partir avec :

Mme ou M. : .....

Mme ou M. : .....

Téléphone : .....

Téléphone : .....

Date : .....

Signature :



|                                      |                                |  |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|
| <b>FICHE SANITAIRE<br/>DE LIASON</b> |                                |  |  |  |
| 1 - ENFANT                           |                                |  |  |  |
| NOM :                                |                                |  |  |  |
| PRÉNOM :                             |                                |  |  |  |
| DATE DE NAISSANCE :                  |                                |  |  |  |
| GARÇON <input type="checkbox"/>      | FILLE <input type="checkbox"/> |  |  |  |

**DATES ET LIEU DE 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.

**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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie           |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Ou DT Polio          |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| Ou Tétracox          |     |     |                            |                            |       |
| BCG                  |     |     |                            |                            |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTR-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTR-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 ?

|                              |                              |   |                              |   |                              |
|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|---|------------------------------|
| RUBÉOLE                      | VARICELLE                    | ANGINE  | RHUMATISME                   | ARTICULAIRE AIGU  | SCARLATINE                   |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui                              | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui                              | <input type="checkbox"/> non |
| COQUELUCHE                   | OTITE                        | ROUGEOLE  | OREILLONS                    |   |                              |
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui                              | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui                              | <input type="checkbox"/> non |
| ALLERGIES :                  | ASTHME                       | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | MÉDICAMENTEUSES              |   |                              |
|                              | ALIMENTAIRES                 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | AUTRES                       | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |                              |

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, RÉEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :  
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÉSES AUDITIVES, DES PROTHÉSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

**5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_  
ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES