

# Fiche d'inscription

## Mini Séjour



### Enfant

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  Fille  Garçon

Date de naissance : .....

Fratrie :	Prénom	Nom	Age	Sexe	Inscrit au club des Polinsons ?
	.....	.....			
	.....	.....			
	.....	.....			

### Responsable légal n°1

Nom : ..... Prénom : ..... Email : .....

Lien avec l'enfant : ..... Profession : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

N° port. : ..... N° fixe : ..... N° pro : .....

### Responsable légal n°2

Nom : ..... Prénom : ..... Email : .....

Lien avec l'enfant : ..... Profession : .....

Remplir l'adresse, si différente du responsable n°1

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

N° port. : ..... N° fixe : ..... N° pro : .....

En cas de séparation, merci de nous préciser l'organisation mise en place pour la garde de l'enfant : .....

# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche obligatoire permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant [l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou accueil de loisirs]

## Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  Fille  Garçon

## Médecin traitant

Nom : .....

N° : .....

## Responsable légal n°1

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

N° : ..... N° : .....

Merci de renseigner les numéros de téléphones que vous utilisez le plus.

## Responsable légal n°2

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Remplir l'adresse, si différente du responsable n°1

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

N° : ..... N° : .....

Merci de renseigner les numéros de téléphones que vous utilisez le plus.

## Vaccination

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....

Vaccins recommandés	Date de vaccinations
Coqueluche	.....
Haemophilus	.....
Rubéole-Oreillons-Rougeole	.....
Hépatite B	.....

Vaccins recommandés	Date de vaccinations
Pneumocoque	.....
BCG	.....
Autres (préciser)	.....

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication

## Renseignements médicaux concernant le mineur

Poids : ..... kg Taille : ..... cm

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes?

RUBEOLE  Oui  Non

VARICELLE  Oui  Non

COQUELUCHE  Oui  Non

OTITE  Oui  Non

ANGINE  Oui  Non

SCARLATINE  Oui  Non

OREILLONS  Oui  Non

ROUGEOLE  Oui  Non

RHUMATISME  Oui  Non

ARTICULAIRE  
AIGÜ

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 administré sans ordonnance.

A-t-il un problème de santé ?  Oui  Non

Suit-il un Protocole d'Accueil Individualisé ? [P.A.I]  Oui  Non

Si oui, merci de nous fournir une copie

### Allergies

Si oui, préciser

Alimentaires :  Oui  Non .....

Medicamenteuses :  Oui  Non .....

Autres :  Oui  Non .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

# Renseignements médicaux concernant le mineur

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

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

Indiquer les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

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



**Recommandations utiles des parents :**

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

(Ports des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...)



Je soussigné(e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaires. 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 :

# Habitudes de l'enfant

Ce formulaire nous permet de mieux connaître votre enfant. Les réponses sont facultatives.

## Repas

A t-il un régime alimentaire particulier?  Sans porc  Sans viande

Goûte-t-il de tout ?  Oui  Non

Quel appétit a-t-il ? .....

## Sommeil

Dort-il avec un doudou, tétine?  Doudou  Tétine  Sans rien

A-t-il un rituel particulier ?  
[chanson, veilleuse, ...]  Oui  Non

• Si oui, préciser : .....

 A-t-il des accidents nocturnes?  Oui  Ça peut arriver  Non

A-t-il des difficultés au réveil?  Oui  Non

A t-il déjà dormi en dehors de son domicile, sans ses parents ?  Oui  Non

Est-il déjà parti en colo ou en séjour scolaire ?  Oui  Non

## Son rapport avec les animaux

A-t-il l'habitude de côtoyer des animaux?  Oui  Non

A-t-il des peurs et/ou des inquiétudes à ce sujet?  Oui  Non

Comment se sent-il dans la nature, avec les insectes, dans la forêt? .....

# Autorisations et décharge

## AUTORISATION DE SORTIE EXTERIEURE

En tant que responsable légal, j'autorise Le club des Polinsons à emmener mon enfant dans des espaces extérieurs dans le cadre des sorties.

## DROIT A L'IMAGE

Sauf autorisation écrite, j'autorise le Club des Polinsons à diffuser ou reproduire pour sa communication interne et externe pour tous usages les photos et/ou vidéos représentant mon enfant.

## ASSURANCE ET CARTE VITALE

En tant que responsable légal, je déclare posséder pour mon enfant une assurance responsabilité civile et extrascolaire ainsi qu'une assurance maladie. Merci de joindre une copie de chaque document à son nom avec ce formulaire de retour.

## PERSONNE(S) AUTORISE(E)(S) A VENIR CHERCHER MON ENFANT

En tant que responsable légal, j'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à l'heure et au point de rendez-vous désignés et transmis par le Club de Polinsons. Ces dernières devront se munir d'une preuve d'identité, ce sans quoi l'enfant ne pourrait quitter l'accueil. L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, sauf en cas de contre-indication.

Nom : ..... Prénom : ..... N° : .....

Nom : ..... Prénom : ..... N° : .....

Fait le : ..... A : ..... Signature :