



Association TY BIHAN

Rue du Stade - 29180 GUENGAT - Tél : 02.98.91.16.62

Fiche d'inscription et décharge Garderie Périscolaire / ALSH

Nom et prénom de l'enfant : _____

Sexe : Masculin Féminin :

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Adresse et téléphone en cas d'urgence : _____

Nom et Prénom du responsable de l'enfant : _____

Profession du père : _____

Employeur : _____

Profession de la mère : _____

Employeur : _____

Nombre d'enfants à charge : _____ Nombre d'enfants inscrits au Centre : _____

A quel régime êtes-vous affiliés : Sécurité Social / MSA : _____

N° allocataire CAF : _____

Autre caisse - Nom : _____ N° allocataire : _____

Avez-vous des bons vacances : Oui Non

Si oui quelle Caisse ? CAF MSA Autre caisse : _____

Autorisation parentale : décharge.

Ayant pris connaissance du fonctionnement de la garderie, je soussigné _____
responsable légal de l'enfant _____

- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de la garderie auquel est inscrit mon enfant.
- Autorise en cas d'urgence, le directeur du Centre à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mon enfant (par un médecin).
- Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- J'autorise l'Association à faire transporter mon enfant pour les allers-retours garderie/école :
 - En voiture individuelle (par les responsables de l'Association, par d'autres familles)
 - Par des moyens de transport collectif (mini bus)
- Certifie exact les renseignements portés sur la présente fiche
- Avoir pris connaissance du règlement de la garderie.

Date :

Signature :



N° 10008*01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CEtte FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT : NOM : _____ PRENOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les protocoles des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	VACCINS PRATIQUES		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	DATES
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	DATES
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? _____

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT : _____
 NOM : _____ PRENOMS : _____
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS _____ N° DE TEL _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable 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 : _____

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : _____ Cachet de l'Organisme (siège social) _____

ARRIVEE LE ____/____/____

DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

