

Documents à fournir : copies des vaccins, avis d'impôt de l'année (uniquement pour les inscriptions alsh) et aides ATL CAF de l'année

L'enfant

Nom	Prénom	Sexe :	M	F
Date de naissance		L'enfant sait-il nager ?	OUI	NON
L'enfant est-il scolarisé ?	OUI NON	Ecole		
Classe	L'enfant est-il en situation de handicap ?	OUI NON	P.A.I ?	OUI NON

La famille

▶ Nombre d'enfants à charge dans la famille :

▶ Parent 1 : Le père La mère Le tuteur

Situation familiale : en couple (marié, vie maritale...) seul(e) (divorcé, séparé...)

Nom Prénom N° SS :

Adresse :

CP et Ville Adresse mél

☎ domicile ☎ trav ☎ port

▶ Parent 2 : Le père La mère Le tuteur

Situation familiale : en couple (marié, vie maritale...) seul(e) (divorcé, séparé...)

Nom Prénom N° SS :

Adresse :

CP et Ville Adresse mél

☎ domicile ☎ trav ☎ port

▶ Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom Prénom ☎

Nom Prénom ☎

Je soussigné(e), autorise mon enfant à repartir seul des activités organisées par l'Oustal

Oui Non

Régime allocataire

CAF CAF du Gard ou autre caisse N° d'allocataire CAF :

ou MSA MSA du Gard ou autre caisse N° d'allocataire MSA :

ou autre régime

Droit à l'image

Je soussigné(e), autorise le centre social et socioculturel l'Oustal à filmer (et/ou photographier), sans contrepartie de quelque nature que ce soit, mon enfant mineur mentionner ci-dessus, au cours des diverses activités auxquelles il participera durant l'année en cours 2022-2023.

J'autorise l'Oustal à utiliser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon enfant sur les dépliant et le site internet de l'Oustal durant une période de 2 ans.

Fait à le Nom et Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M F

Cette fiche 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 en accueil de loisirs)

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

VACCINATION OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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).

ALLERGIES ALIMENTAIRES Oui Non
MÉDICAMENTEUSES 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.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser Oui Non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR.

Responsable N°1 : NOM :
ADRESSE :

PRENOM :

TEL DOMICILE
TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL

Responsable N°2 : NOM :
ADRESSE :

PRENOM :

TEL DOMICILE
TEL PORTABLE :

TEL TRAVAIL

NOM DU 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 les mesures tendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur :

Date :

Signature :