

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I- RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Adresse de la Caisse de Sécurité sociale dont dépend le responsable de l'enfant :

 N° Sécurité sociale :
 Nom et adresse de l'Assurance Responsabilité Civile :

 N° adhérent ou police :

II. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :			L'enfant a-t-il des problèmes ?	
Rubéole	Varicelle	Scarlatine	D'Asthme ?	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"/>	De Scoliose ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Oreillons	Rougeole	D'Incontinence ?	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"/>	D'Allergie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

- Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance, avec les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant - sans oublier la notice.

- S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui Non

- Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Si oui, précisez à quels moments il peut s'en passer ou s'il doit les porter en permanence :

III. RECOMMANDATIONS DES PARENTS - DIFFICULTÉ DE SANTÉ - RÉGIME ALIMENTAIRE :

Si oui, précisez si un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) a été mis en place ? Oui Non

IV. AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), Père, Mère, Tuteur responsable de l'enfant
 Autorise le directeur du centre de vacances à faire soigner notre fils, notre fille et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions des médecins.
 Je m'engage à rembourser tous les frais médicaux avancés par le centre de vacances.

CONDITIONS D'ANNULATION : Aucune annulation ne donnera lieu à un remboursement, excepté pour des raisons médicales, sur présentation d'un justificatif (certificat médical, certificat d'hospitalisation...).

CONDITIONS DE RENVOI ET DE RAPATRIEMENT : Si l'enfant est repris par sa famille ou s'il quitte le centre avant la fin du séjour pour des raisons disciplinaires, décidées par l'équipe d'animation, aucune somme ne sera remboursée et les frais occasionnés par ce retour seront à la charge de la famille.

En cas d'absence du responsable de l'enfant, personne JOIGNABLE :

NOM : Prénom : N° de tél :

A Le..... Signature des parents :



DOSSIER D'INSCRIPTION « COLONIE APPRENANTE »

Nom du séjour :

Date :

NOM et Prénom : Sexe : M F

Né(e) le : Age :

Votre enfant est-il déjà parti en séjour ? OUI NON

Votre enfant est-il inscrit dans un centre social, si oui lequel ?

Le Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de Tél. : N° de Portable :

Email :

L'ENFANT EST-IL SUIVI :

Par un éducateur spécialisé Par une assistante sociale Par un service social (UDAF, AEMO...)

COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE DU SUIVI :

Nom :

Fonction :

Adresse :

Tél :

RENSEIGNEMENTS SUR LE TYPE DE SUIVI :

S'agit-il d'un suivi médical Psychologique Financier

Critères de prise en charge	Justificatif à fournir
Domiciliation en QPV ou ZRR = quartier prioritaire	DE DOMICILE
Famille monoparentale	AVIS IMPOSITION
Situation socio-économique difficile	ATTESTATION CAF
Enfant en situation de handicap	NOTIFICATION MDPH
Enfant en perte de lien scolaire	BULLETIN DE NOTES

LISTE DES PIÈCES A JOINDRE

- Notification de la CAF (déterminant le QF pour permettre le règlement)
 Cat 1 (0 à 300) Cat 2 (301 à 600) Cat 3 (601 à 900) Cat 4 (901 à 1200)
- Chèque de caution de 40 € (pour les frais médicaux) *
- Attestation de Sécurité Sociale
- Copie d'une pièce d'identité de l'un des parents (ou du tuteur égal)
- Certificat médical (apte vie en collectivité et pratique sportive + vaccinations à jour)
- Attestation test PCR
- Une photo d'identité de l'enfant La fiche sanitaire remplie et signée Règlement intérieur signé

*J'autorise l'organisateur à détruire le chèque de caution à l'issue du séjour si aucun frais n'a été avancé par les encadrants lors du séjour

Photographie

