



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

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	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

ALLERGIES :
 ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES oui non

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, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

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

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :
 L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REÇUE ? oui non
 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

AUTORISATION DE FAIRE DONNER LES PREMIERS SOINS

J'autorise par la signature de ce document, les responsables et le personnel de l'ADEAS à prendre toutes initiatives visant à garder mon enfant en bonne santé et à faire intervenir en cas d'urgence : les pompiers, le SAMU... et à le faire transporter dans un hôpital si besoin est.

DROIT A L'IMAGE

-J'autorise le personnel de l'ADEAS à prendre mon/mes enfant(s) en photo et à les publier sur le site de l'ADEAS dans l'espace « adhérent ». OUI/NON

-J'autorise le personnel de l'ADEAS à prendre mon/mes enfant(s) en photo et à les afficher dans le centre OUI/NON

AUTORISATION DE SORTIE

Je, soussigné(e) : _____ représentant légal de l'enfant :

Autorise les animateurs, bénévoles de l'ADEAS, à accompagner mon (mes) enfant (s) pendant les sorties et visites organisées par l'ADEAS avec leurs véhicules personnels.

Fait à _____

Le _____

Signature des parents ou représentant légal

Dossier d'inscription

Enfant	
Nom :	Prénom :
Sexe :	
Ecole fréquentée :	Classe :
Couverture sociale couvrant l'enfant :	
Sécurité sociale :	N° de mutuelle :
Assurance : Merci de joindre impérativement un certificat d'assurance responsabilité civile.	

Parents	
<u>Parent 1</u>	<u>Parent 2</u>
Parenté :	Parenté :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Portable :	Portable :
Mail :	Mail :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant		
<u>Nom Prénom</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Lien de parenté</u>
.....
.....
.....
.....

Accueil dans la Diversité des Enfants et des Adolescents dans un esprit Solidaire

ADEAS

Siège social : 3 rue de Richebourg 95560 MAFFLIERS



BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e) madame, monsieur.....

Adresse.....

Nom et prénom de l'enfant ou des enfants concernés :

Tél :

Courriel

Désire adhérer à L'ADEAS

Je verse à cet effet la somme de 20€, montant la cotisation par an et par famille.

Je peux aussi faire un don à l'association de ouvrant droit à déduction fiscale. Un reçu me sera fourni à cet effet en contrepartie.

Je sais que sans adhésion familiale, l'inscription de mon ou mes enfants ne pourra être prise en compte par l'organisation de l'accueil ADEAS..

Je sais également que le fait d'être adhérent à l'association me donne le droit d'assister à l'assemblée générale et à faire remonter, auprès des parents vous représentant, les questions que vous voudriez voir traiter. en Conseil d'administration ADEAS.

Fait à le

Signature