

**FICHE D'INSCRIPTION - ENFANTS / ADOLESCENTS**

**NOM DE L'ENFANT**..... **PRENOM**..... **DATE DE NAISSANCE**.....

**ADRESSE**.....

**CODE POSTAL /VILLE**..... **NATIONALITE**.....

Responsable de l'enfant (*Nom, Prénom*).....

Adresse (*si différente de celle de l'enfant*) .....

Tél. domicile..... Tél. travail père ..... travail mère.....

Portable père..... mère.....

**SITUATION FAMILIALE** : célibataire  marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  union libre

Profession Monsieur..... Employeur.....

Profession Madame..... Employeur.....

Nombre d'enfants à charge  **Q.F.**..... **N° ALLOCATAIRE**.....

**N° SECURITE SOCIALE**..... **E.MAIL** : .....

Je, soussigné(e) ..... autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par le Centre Social

- J'autorise l'équipe d'encadrement à prendre toutes mesures nécessaires liées à l'état de santé de mon enfant,
- J'autorise le Centre Social à utiliser les photos prises pendant les activités

<p>Date :</p> <p>Signature :</p>
----------------------------------

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

**VACCINATIONS** (*se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant*)

Vaccins	Dates des derniers rappels	Vaccins	Dates des derniers rappels
Pentacoq		Engerix B10	
ou D.T. Polio		R.O.R.	
ou Tétracoq		Revaxis	
Infanrix		BCG	

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Rubéole		Varicelle		Angine		Otite		Scarlatine		Coqueluche		Rougeole		Oreillons	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

**ALLERGIES**    Asthme      oui     non       Médicamenteuses    oui     non

                  Alimentaires    oui     non       Autres.....

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

**INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE**.....

**NOM DU MEDECIN**..... Commune.....