



Cadre réservé à l'administration:
DOSSIER ADOS 2018 / 2019

DATE :

N°adhérent :

NOM.....

PRÉNOM.....

N°port. :

garçon fille*

Date de naissance :

niveau/classe :

Pour les parents séparés* : dossier **PAPA** ou **MAMAN** / garde alternée : oui nonHabitudes alimentaires* : sans porc - sans viande - sans poisson - PAI allergie alimentaireAutorisations :

- sortir seul de l'activité oui non
- être pris en photo oui non

PERSONNES (AUTRES QUE LES PARENTS) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom, prénom	Qualité	téléphone	VILLE

FACTURATION : je choisis de recevoir ma facture format papier par courrier
 (dans le cas contraire, celle-ci vous sera envoyée par mail)

MÈRE ou TUTRICE*

Nom, Prénom :date de naissance :

Adresse :

☎domicile :☎port.....☎travail.....

Adresse mail :

Situation familiale* : marié - célibataire - divorcé - séparé - vie maritale - PACS

Profession :

PÈRE ou TUTEUR*

Nom, Prénom :date de naissance :

Adresse :

☎domicile :☎port.....☎travail.....

Adresse mail :

Situation familiale* : marié - célibataire - divorcé - séparé - vie maritale - PACS

Profession :

Police d'assurance couvrant l'enfant (nom et n°) :

N° de sécurité sociale du responsable de l'enfant :

N° allocataire Caisse d'Allocations Familiales :

Destinataire de la facture* : père - mère - autre (préciser) :

Je reconnais avoir reçu le règlement intérieur et en accepter les conditions.
 Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A Vif, le..... Signature :

*rayer les mentions inutiles



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM de l'enfant :
	Prénom de l'enfant :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

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

VACCINS	DATES	VACCINS	DATES
DT POLIO (obligatoire)		Hépatite B	
Ou Tétracoq		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Méningite		BCG	
Pneumococcique		Autres (préciser)	
		Autres (préciser)	

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.

2 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non si oui lequel :.....

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

Allergies	Oui	Non	maladies	Oui	Non	maladies	Oui	Non
Asthme			Rubéole			Coqueluche		
Alimentaires			Varicelle			Otite		
Médicamenteuses			Angine			Rougeole		
autres			Rhumatisme articulaire aigu			oreillons		
			Scarlatine					

si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

3 - **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : port de lentilles, de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement, etc...précisez.

.....
.....

4 - **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM, Prénom

ADRESSE :

TÉL. fixe portable..... travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :