

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2018 / 2019

Date d'ouverture du dossier :...../ ...../.....

**NOM** :

**Prénom** :

- Règlement de 10 € de l'adhésion 2018/2019 à La Séquanaise
- Fiche d'inscription individuelle complétée datée et signée
- Fiche Complémentaire datée et signée
- N° allocataire CAF **OU** les avis d'imposition 2017 et 2018
- Fiche sanitaire remplie datée et signée
- Vaccin DT Polio à jour **avec la photocopie du carnet vaccination**

---

Partie réservée à La Séquanaise

**Dossier complet à saisir dans Noé**

**Saisie Noé**

**Fiche Individuelle**

Nom	Prénom
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____
Téléphone : _____	Sexe : _____
Portable : _____	Nationalité : _____
<input type="checkbox"/> Liste rouge	
Email : _____	

Généralités											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: left;">Régime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Régime allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>N° Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>CAF : _____</td> </tr> </tbody> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Allocataire : _____	N° Allocataire : _____	CAF : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: left;">Situation financière</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____</td> </tr> <tr> <td>Nb de parts : _____</td> </tr> <tr> <td>Quotient familial : _____</td> </tr> <tr> <td>Date d'effet : _____</td> </tr> </tbody> </table>	Situation financière	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____	Nb de parts : _____	Quotient familial : _____	Date d'effet : _____
Régime											
Régime allocataire : _____											
Allocataire : _____											
N° Allocataire : _____											
CAF : _____											
Situation financière											
Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____											
Nb de parts : _____											
Quotient familial : _____											
Date d'effet : _____											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: left;">Statistiques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Catégories Sociaux Prof : _____</td> </tr> <tr> <td>Quartier : _____</td> </tr> <tr> <td>Communauté de com : _____</td> </tr> </tbody> </table>	Statistiques	Catégories Sociaux Prof : _____	Quartier : _____	Communauté de com : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: left;">Mémo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </tbody> </table>	Mémo					
Statistiques											
Catégories Sociaux Prof : _____											
Quartier : _____											
Communauté de com : _____											
Mémo											

Généralités							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: left;">Scolarité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Classe : _____</td> </tr> <tr> <td>Etabl. scolaire : _____</td> </tr> <tr> <td>Instituteur : _____</td> </tr> </tbody> </table>	Scolarité	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: left;">Mémo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </tbody> </table>	Mémo	
Scolarité							
Classe : _____							
Etabl. scolaire : _____							
Instituteur : _____							
Mémo							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: left;">Repas spéciaux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </tbody> </table>	Repas spéciaux						
Repas spéciaux							

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'Adhérents			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

### Fiche Individuelle

Parents	
<b>Parent 1</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>	<b>Parent 2</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>
Parenté : _____	Parenté : _____
Civilité : _____	Civilité : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	Profession : _____
Employeur : _____	Employeur : _____
Téléphone : _____ Poste : _____	Téléphone : _____ Poste : _____
Portable : _____	Portable : _____
<b>Parent 3</b> <span style="float: right;">Responsable légal <input type="checkbox"/></span>	
Parenté : _____	
Civilité : _____	
Nom : _____	
Prénom : _____	
Profession : _____	
Employeur : _____	
Téléphone : _____ Poste : _____	
Portable : _____	

**Je (Nous) soussigné(s), ..... responsable(s) légal(aux) de l'Adhérents certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.**

## Fiche complémentaire : Secteur Jeunes de La Séquanaise

Nom de l'enfant :

Prénom :

Age :

Situation de Famille par rapport à l'autre parent :

- Marié (e)       Pacsé (e)       Divorcé (e)  
 Concubin (e)       Séparé (e)

Je soussigné, Mr ou Mme .....

- Autorise**      Le personnel à sortir de l'enceinte de l'établissement  
 **N'autorise pas**      pour les sorties en groupe.

- Autorise**      Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les  
 **N'autorise pas**      véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

- Autorise**      Le personnel à administrer à mon enfant des éventuelles  
 **N'autorise pas**      par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

- Autorise**      mon enfant à rentrer seul après les activités de l'ALSH  
 **N'autorise pas**      (Vacances, Mercredis, CLAS)

- Autorise**      Le personnel administratif à accéder aux informations de CAFPRO  
 **N'autorise pas**

- Autorise**      Le personnel à photographier ou filmer mon enfant dans la mesure où les  
 **N'autorise pas**      films et images ne seront utilisés à aucun autre usage éducatif ou inhérent à  
la vie de l'établissement.

- J'atteste sur l'honneur que mon enfant sait nager en eau profonde.**  
 **J'atteste sur l'honneur que mon enfant ne sait pas nager en eau profonde.**

Fait à .....le .....

**SIGNATURES :**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**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-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 DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature : .....

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....