



Enregistrée le
Confirmée le

FICHE INSCRIPTION

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Marche acquise : Oui Non

Date de naissance :

Adresse de vacances

.....

N° de téléphone résidence de vacances.....

Semaine d'accueil

Du.....au..... 201

	8h30 / 13h	13h / 17h30	8h30 / 17h30	12h / 17h30	Forfait 6 jours
Journées choisies					

Montant de l'acompte (30% du montant total) :

Chèque à l'ordre du trésor public ou en Chèques vacances

Autorisation d'intervention médicale :

Autorisation de photographier ou filmer :

PERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

MERE : Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Portable :

Observations :

/_ / J'autorise le personnel de la Halte Garderie à sortir mon enfant dans le village d'ORELLE pour profiter des activités de plein air.

/_ / J'autorise le personnel de la Halte Garderie à donner une dose poids de Doliprane en cas de température au dessus de 38°5c . Fournir une ordonnance du médecin.

/_ / J'ai lu et je suis d'accord avec le règlement intérieur fourni par la Halte Garderie.

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à, le :/...../.....

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant et sera rendue ou détruite au terme de l'accueil.

Enfant :	Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon
	Date de naissance :	L'enfant marche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

--

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Prevenar	
Poliomyélite		Meningite C	
DT+/Imovax polio		B.C.G.	
Tétravac/infanix tetra		MMR/Priorix	
Pentavac/infanix quinta		Autres (préciser)	
Infanix hexa			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un **traitement médical** oui non Si oui, nous contacter.

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non

alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : si PAI nous contacter

Indiquer les **difficultés de santé** de l'enfant en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et numéro de téléphone. du médecin traitant (facultatif) :

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :