



www.agen.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION Accueil d'urgence COVID 19 enfants des personnels de santé et des personnels prioritaires



Etat civil de l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / Lieu :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Mail: @

Renseignements administratifs

Numéro CAF

Numéro MSA

Numéro Sécurité Sociale

Numéro Police d'Assurance

Nom de l'assureur

Ecole, Collège, Lycée fréquenté(e) :

Parent(s) de l'enfant ou responsable légal

Responsable légal 1

Nom :Prénom :

Date de naissance :lieu :

Adresse :

Code postal :ville :

Tél portable :mail :

Profession :

Responsable légal 2

Nom :Prénom :

Date de naissance :lieu :

Adresse :

Code postal :ville :

Tél portable :mail :

Profession :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom-Prénom :Tél :

Nom-Prénom :Tél :

AUTORISATION PARENTALE (obligatoire)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur autorise ma fille / mon fils *

..... à être accueilli dans le cadre de l'accueil d'urgence COVID 19 à l'ALSH
les Iles / Donnefort *.

Mon enfant arrivera àh ...le matin et repartira àh.... en fin d'après-midi le .../03/2020.

Je m'engage à :

- avoir souscrit une assurance en Responsabilité Civile auprès de la compagnie de mon choix,
- respecter les horaires journaliers de début **7h30** et de fin d'activités **18h30**,

Fait à, le /03./ 2020

* Rayer la mention inutile

Signature des représentants légaux,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE

GARÇON

FILLE

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).

ATTENTION : Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de santé pour des vaccins obligatoires

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

non

MÉDICAMENTEUSES

oui non

ALIMENTAIRES

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

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 :
