



Projet Fresque "Oiseaux des Iles"

Dossier N°

BULLETIN D'INSCRIPTION

Renseignements sur l'enfant

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance.....

Age

Renseignements sur les parents

***Mère**

Nom

Prénom.....

Adresse.....

Tél Domicile.....

Portable.....

Travail

Mail

***Père**

Nom

Prénom.....

Adresse.....

Tél Domicile.....

Portable.....

Travail

Tél Domicile.....

Pièces à Fournir : -1 Photo

Personnes à contacter en cas d'urgence:

Nom Prénom Tél.....

Autorisation parentale :

Je soussigné(e), M.....en qualité
de.....

Autorise l'enfant..... à **participer à la réalisation de la
Fresque Murale de la Poste de PETIT-BOURG et à être photographié (e) filmé (e)**

Signature des parents

Dossier N°

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I. Enfant :

Nom :.....

Prénom :.....

Sexe : garçon fille

Date de naissance :

Nom et coordonnées du médecin traitant :.....

II. Vaccinations : (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé. voir 1)

VACCINS	Dates du dernier rappel
Polio	
Tétanos	
Hémophilus B	
Oreillon	
BCG	
Hepatite B	
Diphtérie	
Coqueluche	
Rougeole	
Rubéole	
Autres vaccins	

III. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes ?

Rubéole Non Oui	Scarlatine Non Oui	Oreillons Non Oui	Varicelle Non Oui	Rougeole Non Oui	Otites Non Oui
Angines Non Oui	Asthme Non Oui	Coqueluche Non Oui	Rhumatismes Non Oui	Allergies Non Oui	

Ref : arrêté n°06-3425/GNC du 07 septembre 2006

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations,)

IV- Recommandations des parents :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? non oui

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son temps de présence, vous devez **impérativement** fournir les médicaments et **impérativement** joindre l'**ordonnance** qui devra être explicite.

Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre, responsable de la pharmacie inaccessible aux mineurs.

V-Tuteur légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom _____

Adresse (où l'on peut vous joindre pendant la période de l'action) :

.....
.....

N° de téléphone : domicile : _____ travail : _____

Je soussigné, (nom prénom)

(père, mère) de l'enfant (nom, prénom de l'enfant),.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

J'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi auprès de votre enfant.

Date :

Signature:

disposer la mention « lu et approuvé »