



FIGHE D'INSCRIPTION À L'ATELIER VIVANT

Je, soussigné(e),

Adresse :

Téléphone(s) :

- inscris mon (mes) enfant(s) à l'Accueil de Loisirs « ATELIER VIVANT », organisé par l'association « MAISON BOTANIQUE »,

NOMS et prénom(s) de(s) l'enfant(s) :

Pour le(s) jour(s) suivant(s) :

- accepte que mon (mes) enfant(s) nommé(s) ci-dessus, adhérent(s) à l'association, soi(en)t transporté(s) en voiture particulière ou en mini-bus lors des sorties exceptionnelles programmées ou non,

- accepte que mes enfants soient pris en photos (celles-ci pourront-êtré diffusée par la Maison Botanique : exposition, communication, internet...) : oui non

- m'engage à fournir les documents relatifs à la santé nécessaires à la vie en collectivité et au centre d'accueil : joindre : **la fiche sanitaire dûment remplie et une copie du carnet des vaccinations. **OBLIGATOIRE****

- déclare être allocataire :

- au régime général et assimilés : **CAF** – quotient familial : *(Joindre l'attestation CAF)*
 au régime **MSA** – quotient familial :

Date :

Signature :

BULLETIN D'ADHESION

Mme, M., Prénom, Nom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. : Courriel :

Accepte de recevoir les informations de la Maison Botanique par mail : OUI NON

- Adhésion : Individuelle : 15 €
 Famille : 23 € (nombre de personnes composant la famille :)
 Bienfaiteur : 50 € (nombre de personnes composant la famille :

PAIEMENT PAR

CHEQUE

ESPECES

Date :

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANNEE 2022/2023

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Vous pouvez nous joindre une photocopie des vaccins.

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou 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**? Oui Non

L'enfant a-t-il un PAI ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente, le **PAI** 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 | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | 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

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 de la structure, 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 (en cas de séjour) A L'ATTENTION DES FAMILLES

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