

# Inscriptions aux journées du Sacré Cœur

(Pour les enfants du CP au CM2)

## FICHE D'INSCRIPTION ET D'AUTORISATION PARENTALE

Du lundi 1 au vendredi 5 juillet 2023

Au Jardin Miquey, rue du Chant des Oiseaux

**Je, soussigné(e)** (prénom, NOM) : .....en qualité de père, mère, tuteur (\*)

**Autorise ma fille, mon fils** (\*) (prénom, NOM) : .....

né(e) le : .....

**à participer aux Journées du Sacré Cœur (cocher les jours souhaités) :**

Lundi 1 juillet

Mardi 2 juillet : Journée A l'Ecomusée d'Alsace

Mercredi 3 juillet

Jeudi 4 juillet

Vendredi 5 juillet

De 9h30 (accueil possible dès 8h sur demande) – 17h15 (accueil possible jusqu'à 18h)

**Autorise** les membres de l'équipe d'animation ou un autre parent à assurer si nécessaire le transport en voiture ou à pied de mon enfant.

**Autorise** la personne responsable ou l'animateur de l'équipe à faire pratiquer, en cas d'urgence, tout acte médical ou chirurgical que son état nécessiterait, après avis médical, et / ou à sortir mon enfant des urgences.

**Autorise** mon enfant à rentrer à la maison seul(e), en bus, à vélo ou à pied, à la fin des activités :

(Les animateurs sont responsables de votre enfant uniquement pendant les temps d'activités prévus).

OUI  NON

**Autorise (droit à l'image)** la diffusion de photos, vidéos ou de tout autre document, réalisés dans le cadre des activités, sur lesquels pourrait figurer mon enfant :

OUI  NON

**La participation financière** est de 40€ pour la semaine ou de 10 € par jour. Elle est à régler en ligne, en espèces ou chèque à l'ordre de « Mense Sacré Cœur St Etienne ».

*Pour toute question ou souci financier, n'hésitez pas à nous solliciter.*

**Apporter son pique-nique pour la journée**

*Pour toute question ou souci, n'hésitez pas à en parler à la personne responsable.*

**Autres documents à joindre à la fiche d'inscription :**

Fiche sanitaire de liaison

Fait le..... à.....

Conformément au Règlement Général pour la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos informations qui vous concernent ; vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Délégué à la protection des données. Une pièce d'identité vous sera demandée pour nous assurer de l'identité du demandeur. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vos informations sont sécurisées dans notre base informatisée.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT 2023 - 2024

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
--------------	-----------------

**1- VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait</b>			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
<b>VACCINS RECOMMANDÉS – Date(s) des derniers vaccins faits</b>			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus*		Influenza b*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

\*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

**2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Lequel ?

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTOLÉRANCE OU ALLERGIES SUIVANTES :**

- ALIMENTAIRES  Oui  Non
- MÉDICAMENTEUSES  Oui  Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales**, des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?  Oui  Non

**Mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si besoin sur les lieux d'accueil de l'enfant.**

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

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

**4 – RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM :  PRÉNOM :

TEL DOMICILE :  TEL TRAVAIL :  TEL PORTABLE :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant) :  (OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL