



390, route des Charretiers
82403 Valence d'Agen cédex
☎ 05.63.29.13.66 fax 09.83.23.13.66
www.evolution-moto.com
mail : espacejeunes.clam@gmail.com

PHOTOGRAPHIE

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Age : Nationalité :

Adresse :

..... Téléphone :

E-MAIL : N°CAF.....

Qui exerce l'autorité parentale ? - Père – Mère – Tuteur (1)

Profession du père : Téléphone :

Profession de la mère : Téléphone :

Personne à prévenir en cas d'absence des parents :

Autorisez-vous votre enfant à quitter les lieux avant 18h selon ses propres moyens ? OUI ou NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT (si mineur):

NOM : PRENOM :

N° de téléphone du domicile : N° de téléphone du travail :

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du Centre Payeur :

.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

L'Association CLAM se décline de toutes responsabilités si l'enfant présentait ou agissait avec des comportements non signalés.

Les éventuels frais médicaux subordonnés à une ordonnance sont avancés par le C.L.A.M. il vous seront facturés, et les ordonnances retournées après règlement.

DATE : SIGNATURE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant.

I – ENFANT : NOM : PRENOM :
 SEXE : GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE :

II – VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).
 ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITETANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

	VACCINS PRATIQUES	DATES
Précisez s'il s'agit :		
du DT Polio
du DT COQ
du Tetracoq
d'une prise polio
RAPPELS

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
Libellé	DATES	Libellé	DATES	Vaccins pratiqués	DATES
1 ^{er} Vaccin	Vaccin
Revaccination	1 ^{er} Rappel

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? :

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM

III – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES 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"/>	OTITES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME 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"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE, EN PRECISANT LES DATES :

(maladies graves contractées, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducation, contre indications)

.....

GROUPE SANGUIN : A- A+ B- B+ O- O+ AB- AB+