

(Nom de l'enfant)	(Prénom de l'enfant)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Né (e) le :	Téléphone 1 :	
Mail de la famille :	Téléphone 2 :	
	Téléphone 3 :	
Fiche Famille (responsable légal et adresse de facturation)		
NOM :	Prénom :	Civilité : Mme, Mlle, M.
Adresse :		
Régime allocataire : <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CAF des Côtes d'Armor N° Allocataire :		

J'autorise mon enfant :

- A participer aux différentes activités proposées par GP3A
- A fréquenter les locaux jeunes. Je prends note que ces locaux sont d'un accès libre. Les adolescents peuvent quitter l'établissement avant l'heure de fermeture prévue.
- A s'inscrire lui-même pour les périodes de vacances

Je m'engage :

- A fournir tous les documents requis pour compléter cette fiche d'inscription (fiche sanitaire, certificat médical, brevet de natation, N° d'allocataire CAF...)
- A régler les activités et l'adhésion forfaitaire de 6 €
- A vérifier et corriger annuellement les données portées sur cette fiche

J'autorise :

- La reproduction et l'utilisation des photos de mon enfant sur tous les supports de communication de Guingamp Communauté (presse locale, bulletins municipaux, site web...)

Fiche sanitaire

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Polio				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					

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 l'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 aigu 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"/>	Oùte 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"/>	

Recommandations utiles des parents
(Lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, régime alimentaire particulier, etc.....)

.....

.....

Allergies : Asthme Oui Non
Médicamenteuses Oui Non
Alimentaires Oui Non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le préciser)

.....

.....

Indiquez ci-après :
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

Je soussigné(e)

Responsable légal(e) de
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.

	Année					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
(signature)						