



Enfant	
Nom :	Prénom :
Né(e) le :	Sexe :
E mail :	Classe :
Portable (facultatif) :	Apprentissage :
	Demandeur d'emploi :

Mère	Père
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :
Bureau :	Bureau :
E mail :	E mail :

* Pourquoi inscrivez-vous votre enfant à l'aide aux devoirs ?

.....

Dans quelles matières a-t-il ou a-t-elle des difficultés ?

Français Mathématiques Leçons Langue

Autres matières, précisez

* Qui demande l'inscription ?

Vous Votre enfant Un enseignant

* Seriez-vous prêt à encadrer des enfants pendant l'aide aux devoirs ? oui non

Je soussigné M Père – Mère – Tiers personne

❶ Autorise le Responsable du l'Aide aux Devoirs à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité absolue.

❷ Souhaite, s'il est possible la consultation du DOCTEUR
 Tél. :

❸ Souhaite, s'il est possible que l'HOSPITALISATION ait lieu à

❹ Autorise mon enfant à être transporté par un TIERS

❺ Votre enfant peut-il rentrer seul après l'Aide aux Devoirs ? oui non

❻ Acceptez-vous que l'image de votre enfant soit diffusée publiquement ? oui non

<input type="checkbox"/>	Photo
<input type="checkbox"/>	Vidéo

<input type="checkbox"/>	Notre site internet
<input type="checkbox"/>	Nos supports de communication

<input type="checkbox"/>	Réseaux sociaux
<input type="checkbox"/>	Autres sites partenaires

Pièces à fournir :

Attestation d'assurance

Fiche sanitaire ci-jointe remplie

Copie des vaccins (carnet de santé)

→ Tournez S.V.P.

Tierces personnes autorisées à récupérer l'enfant et disponible en cas d'urgence

1

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

2

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

3

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	Portable :
Lien avec les enfants :	

Conditions d'utilisation de vos données personnelles

En vous inscrivant, vous acceptez que le CAS-JCL mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce formulaire. En l'occurrence, vous autorisez le CAS-JCL à communiquer avec vous afin de vous informer des dernières actualités de notre association et de ses actions, via les coordonnées collectées dans ce formulaire.

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, le CAS-JCL s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, quelles qu'elles soient, conformément au Règlement Général des Données de 2018 sur la protection des données personnelles.

Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de consentement à l'utilisation de vos données collectées par ce formulaire, veuillez nous contacter par mail ou courrier postal.

"Lu et approuvé"

Signature

A,
Le

Pièces à fournir :

Attestation d'assurance

Fiche sanitaire ci-jointe remplie

Copie des vaccins (carnet de santé)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE OUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC DES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

SEXE : GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE : _____

II. VACCINATION *(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.

<u>Précisez s'il s'agit :</u>		VACCINS PRATIQUES		DATES	
Du DT polio					
Du coq					
Du Trétra-coq					
D'une prise polio		RAPPELS			
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	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, accidents, crise convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI NON

SI OUI LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIER PAS DE JOINDRE L'ORDONNAGE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE - T - IL SON LIT ? OUI OCCASIONNELLEMENT NON
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST - ELLE REGLEE ? OUI NON

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRENOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° de SS : _____ TEL : (domicile) _____ (bureau) _____

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.

DATE :

SIGNATURE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE _____
DEPART LE _____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)
