

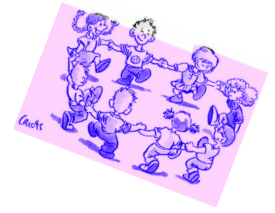


# SIVU Enfance Jeunesse

SIVU Enfance Jeunesse  
d'Uzel

## Dossier Inscription

Année scolaire 2019/2020



### Je soussigné(e):

Nom et prénom du Père:.....

Téléphones : Fixe:..... Portable:..... Travail:.....

Numéro de sécurité sociale :.....;

Adresse complète:.....

Nom et prénom de la Mère: .....

Téléphones: Fixe:..... Portable:..... Travail:.....

Numéro de sécurité sociale :.....

Adresse complète:.....

Complémentaire Santé\*: OUI NON Nom et Adresse:.....

Allocations Familiales\*: CAF / MSA Numéro d'Allocataire: .....

Quotient Familial: .....(joindre un justificatif)

Adresse mail: .....@.....

### Inscrit mon ou mes enfants:

Nom et prénom de l'enfant:.....

Né(e) le:..... à .....

Nom et prénom de l'enfant:.....

Né(e) le:..... à .....

Nom et prénom de l'enfant:.....

Né(e) le:..... à .....

### Autorisations

\* Seul ou à Vélo:      oui                  non

\* Personnes autorisées à récupérer l'enfant:

Nom..... Prénom..... lien de parenté..... Téléphone.....

Nom..... Prénom..... lien de parenté..... Téléphone.....

Nom..... Prénom..... lien de parenté..... Téléphone.....

\* Droit à l'image:

Je soussigné(e) .....autorise / n'autorise pas le SIVU Enfance Jeunesse d'Uzel a photographier et à filmer mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités et à les diffuser à la presse, sur une affiche, sur les supports de communication ou sur des bilans d'activités.

\* Transport:

Je soussigné(e) .....autorise / n'autorise pas mon (mes) enfant(s) a être transporter en bus ou en mini bus lors des déplacements pour les activités ou par les transports d'urgence.

Date et signature:



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
 Code de Pratique Sanitaire pour Famille



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE  
 DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 CARCON  FILLETTI

DATE ET LIEU DE SÉJOUR :

ELLE DOIT PEUT ÊTRE REMPLIE PAR DES RÉSIDENTS DE LA PÉRIODE LE SEJOUR DE L'ENFANT ET LE DATE DE SA DÉPART DE SA COURSE DE SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS

Scientific accuracy of vaccine records is guaranteed by the Ministry.

VACCINS COURATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPORTS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				step 1-3	
Tétanos				subcutané - 10-14 jours	
Poliomyélite				Oral	
Coqueluche				Autour de 12-18	
Que Tétanos					
Rouge					

ET ENFANT AVEC VACCINATIONS JE SUIS EN TOUT CAS EN ATTENTE DE CERTIFICAT DE VACCINATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant subi-t un traitement médical pendant le séjourné ?  oui  non   
 Si oui, indiquez une ordonnance récente et les médicaments prescrits pendant le séjourné (spécifier des médicaments dans leur emballage d'origine marqué par son nom de l'enfant avec la date)

Aucun risque infectieux ne pourra être pris sans autorisation

ENFANT À TAILLURE OU LIEU DE LA BIBLE SURNOMES :

RUBICULE  VARIOLE  ANGINE  M-SCARIE  SYPHILIS   
 COQUELICHE  OTITE  ROUGEOLE  CROUELONS   
 ALLERGIES : ANTHÉL  ALERGIE  VITAMINOSIS

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUIITE À TENIR (si autorisation, le signer)

INDIQUEZ CLAIRES :  
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CHIRURGIE, LES LESIONS, LAUSION, L'OPÉRATION RÉGÉNÉRATIVE, LES MALADIES, LES DATES ET LES PRESCRIPTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILISÉS DES PARENTS :

VOUS EN AVEZ VUS EN LA PÉRIODE DE SÉJOUR ?  OUI  NON  LES RECOMMANDATIONS SONT SÉRIEUSES

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 Adresse pendant le séjourné : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE PERSONNEL : \_\_\_\_\_

NOM DE LA MALADIE : \_\_\_\_\_

ENFANT BÉNÉFICIAIRE : \_\_\_\_\_  
 C'est à dire : \_\_\_\_\_

Le responsable légal de l'enfant doit être désigné par écrit, et doit être en mesure de fournir les renseignements nécessaires. Les données doivent être fournies par écrit et doivent être fournies par écrit.

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES  
 COORDONNÉS DE L'ORGANISATION DE SÉJOUR EN CAS DE CAS DE VACANCES.



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
CARCON  FILLETTI

## DATIS ET LIEU DE SÉJOUR :

DATE DE DÉPART REQUÉRIR DES CONSIGNES D'ÉPI-ÉPIDÉMIOL. PENDANT LE DÉCOURS DE LA VISITE ET LE RETOUR DE LA RÉGION DE SÉJOUR DE L'ENFANT.

## 2 - VACCINATIONS

Nombre d'années de service en service de santé publique de l'enfant :

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES ULTIMES RAPPORTS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATIS
Diphthérie				stephote 3	
Tétanos				subcutané/anti-tétanique	
Poliomyélite				Oral/polio	
Couquillose				Autres (à préciser)	
QIE Tétravale					
RSCS					

ET BÉNÉFICIAIRE D'UN TRAITEMENT MÉDICAL CONCERNANT L'ENFANT

## 3 - BÉNÉFICIAIRE D'UN TRAITEMENT MÉDICAL CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant subit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non  
Si oui, indiquez une ordonnance récente et les médicaments prescrits pendant le séjour (soyez précis et mentionnez dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la date)

Aucun traitement ne pourra être pris sans ordonnance

## L'ENFANT A-T-IL D'UN BULLEAU LÉSIONNELS SUIVANTS :

**RUDOLIC**  **VARICELLE**  **ANGINE**  **HERPÈS SIMPLEX**  **SCARLATINE**

**COQUELICHU**  **OTITE**  **ROUGEOLE**  **COQUELICHU**  **SCARLATINE**

**CH**  **SK**  **SI**  **CS**  **OU**  **CI**  **CO**

**ALLERGIES :** **ASTHME**  **ALLERGIE AU LAIT**  **ALLERGIE AU POISSON**  **ALLERGIE AU FROMAGE**  **ALLERGIE AU BŒUF**

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA FAMILIARITÉ À TENIR (si auto-médication, le signaler)

INDIQUER CLAIREMENT LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, BLESSURES, MALADIES, OPÉRATIONS, RÉACTIONS, etc.) ISSUES DES DATIS ET DES PRÉLÉVEMENTS À PRENDRE.

## 4. RECOMMANDATIONS UTILISÉES DES PARENTS :

LE ENFANT SÉJOURNE-T-IL EN FRANCE ?  oui  non  
S'il est en France, indiquez le lieu de séjour : \_\_\_\_\_

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ (EN NOM)  
adresse (pays et séjour) : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE PERSONNEL : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

NOM DE LA MÉDECINE TRAVAIL : \_\_\_\_\_

ENFANT BÉNÉFICIAIRE : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DE SÉJOUR : \_\_\_\_\_



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 CARCON  FILLETTI

## DATIS ET LIEU DE SÉJOUR :

DATE DE RÉCEPTION REQUÉREUR DES CONSIGNES DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_  
 LIEU DE SÉJOUR DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

## 2 - VACCINATIONS

Nombre d'années de service : \_\_\_\_\_

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPORTS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				stephote 3	
Tétanos				subcutané (double dose)	
Poliomyélite				Oral (double dose)	
Coqueluche				subcutané (double dose)	
QIE (Typhoïde)					
RSCS					

ET BÉNÉFICIAIRE D'UN TRAITEMENT MÉDICAL CONCERNANT L'ENFANT : \_\_\_\_\_  
 N° de l'ordonnance : \_\_\_\_\_

## 3 - BÉNÉFICIAIRES MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant subit-il un traitement médical pendant le séjour ?  oui  non  
 Si oui, indiquez une ordonnance récente et les médicaments prescrits (nom, dosage, durée de traitement) : \_\_\_\_\_  
 Indiquez le médicament dans leur emballage d'origine marqué par son nom de l'enfant avec la mention : \_\_\_\_\_

### AUTRE MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

ENFANT À TITRE DE L'UN OU DE L'AUTRE DES SUJETS :

RUDOLC  VARIOLE  ANGINE  HÉPATITE  SYPHILIS   
 COQUELUCHE  OTITE  ROUGEOLE  ÉRYTHÈME INFECTIEUX  SCARLATINE   
 CH  M  S  R  G  H  C  P  O  S  A  L  I  E  T  A  M  B  C  D  E  F  G  H  I  J  K  L  M  N  O  P  Q  R  S  T  U  V  W  X  Y  Z

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA FAMILIARITÉ À TENIR (si auto-médication, le médicament) : \_\_\_\_\_

INDIQUEZ CLAIREMENT :  
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MADRID, ACCIDENT, BLESSURES, MALADIES, TRAUMATISMES, OPÉRATIONS, RÉGÉNÉRATION, etc.) ISSUES DES DATES ET DES PRÉALABLES À PRENDRE.

## 4. RECOMMANDATIONS UTILISÉES DES PARENTS :

NOTES À L'USAGE DES PHILIPPINES : \_\_\_\_\_  
 DÉTAILS DES RECOMMANDATIONS : \_\_\_\_\_

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_  
 adresse (pays et séjour) : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE PERSONNEL : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

ENFANT BÉNÉFICIAIRE : \_\_\_\_\_  
 ULRICH PETER FISCHER, S.A.

Le responsable légal de l'enfant pendant le séjour doit être désigné par écrit et doit être en mesure de fournir les renseignements nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions. Le responsable légal de l'enfant doit être en mesure de fournir les renseignements nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions. Le responsable légal de l'enfant doit être en mesure de fournir les renseignements nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions.

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES  
 COORDONNÉES DE L'ORGANISME DE SOUS-SCRIPTEUR : \_\_\_\_\_