



# Mise à jour du dossier d'inscription

**Enfant :** NOM..... PRENOM.....  
 Né(e) le / / à ..... (n° Dpt.: ) Age:..... Sexe: M F  
 N° de sécurité sociale couvrant l'enfant:.....  
 Établissement scolaire fréquenté (année scolaire 20 /20 ): ..... Classe:.....  
 Assurance en responsabilité civile couvrant l'enfant pour les activités extrascolaires:  
 N° de police:..... Compagnie:..... (joindre copie de l'attestation)

## FAMILLE

Mère	Père
Nom:.....	Nom:.....
Prénom:.....	Prénom:.....
Née le / / à .....	Née le / / à .....
Adresse:.....	Adresse:.....
Code Postal: ..... Ville:.....	Code Postal: ..... Ville:.....
Téléphone 1: .....	Téléphone 1: .....
Téléphone 2: .....	Téléphone 2: .....
E-mail:.....	E-mail:.....
Télécopie:.....	Télécopie:.....
N° de sécurité sociale: .....	N° de sécurité sociale:.....
N° Allocataire (CAF/ MSA):.....	N° Allocataire (CAF/ MSA):.....
Quotient Familial:..... (Joindre copie attestation CAF)	Quotient Familial :.....
Profession: .....	Profession: .....
Employeur: .....	Employeur: .....
Tél. Professionnel: .....	Tél. Professionnel: .....
Autorité Parentale: OUI NON	Autorité Parentale: OUI NON
Situation Familiale:.....	Situation Familiale:.....
Nombre Total d'Enfants:.....	Nombre Total d'Enfants:.....
Nombre d'Enfants à charge:.....	Nombre d'Enfants à charge:.....

## AUTORISATIONS

Diffusion de l'image de l'enfant (presse, site internet, photos, etc...): OUI NON  
 Enfant autorisé à rentrer seul à son domicile: OUI NON

## PERSONNES AUTORISÉES A VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT :

NOM PRÉNOM	VILLE	LIEN AVEC L'ENFANT	TEL

**P.S. SI VOUS AVEZ PLUSIEURS ENFANTS, MERCI DE BIEN VOULOIR FAIRE LA PHOTOCOPIE DE CETTE FICHE RECTO-VERSO OU DE NOUS DEMANDER DES EXEMPLAIRES SUPPLÉMENTAIRES**

Tél. 05.34.01.09.10. ou mail : [secretariat.enfance.jeunesse@ville-pamiers.fr](mailto:secretariat.enfance.jeunesse@ville-pamiers.fr) ou à télécharger sur le site : [www.ville-pamiers.fr](http://www.ville-pamiers.fr)  
 (1 DOSSIER PAR ENFANT S.V.P.)



**1 - ENFANT**  
 NOM : .....  
 PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Cochélie	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
B.G.					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : IL VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance reçue et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur 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	VARIÈLLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AGUÉ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELICHE	ORLITE	ROUGEOLI	ORLITEONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, BÉBÉ D'AGISSI EN PRÉSENTANT DES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOIRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR : .....

LIÉ FIXE ET PORTABLE : DOMICILE ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT LE CAS : .....

le soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, 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.

Date : ..... Signature : .....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉS DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS