



# Semaine de loisirs

Lundi 22 - vendredi 26 fév. 2021

## Bulletin d'inscription

*A remettre au secrétariat de la paroisse*

8 rue Philéas Fogg – Cergy le haut

01 34 32 21 02



### **Bulletin à remplir par un parent :**

Je soussignée(e) .....

inscrit mon enfant (prénom et nom) : .....

Pour les 5 jours :  oui  non ; Si non, entourez les jours de présence : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi

La semaine de Loisirs est organisée par la Paroisse de Cergy dans ses locaux du 8 rue Philéas Fogg à Cergy-le-haut.

### **Autorisations :**

- J'autorise mon enfant à apparaître sur des photos ou vidéos dans les médias paroissiaux
- J'accepte que malgré le strict respect de la réglementation sanitaire, il demeure un risque de Covid comme à l'école.
- J'autorise mon enfant à participer aux éventuelles sorties à proximité du centre.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul en fin de journée.

### **Information de santé :**

***Merci de nous communiquer les informations nécessaires à connaître concernant la santé de votre enfant.***

Allergies .....

Intolérances alimentaires .....

Autres .....

J'autorise les responsables à prendre toute décision médicale en cas d'urgence.

### **Coordonnées :**

***Adresse postale (lieu d'habitation de l'enfant) :*** .....

.....

***Mail :*** .....

Tél de la mère : .....

Tél du père : .....

Fait à

le

signature



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :