

Fiche d'inscription année 20 / 20

Enfant	Nom	Prénom (sexe)	Date de naissance
	Adresse		

Maman	Nom	Prénom	Profession
	Adresse		
	Tél fixe	Tél portable	Email

Papa	Nom	Prénom	Profession
	Adresse		
	Tél fixe	Tél portable	Email

En absence des parents, personne à contacter en cas d'urgence	Nom	Prénom	Qualité
	Tél fixe	Tél portable	Email

Envoyer la correspondance officielle au papa
et les Email de communication à la maman

Je déclare avoir pris connaissance du projet éducatif et pédagogique de la Maison des Enfants, ainsi que de son règlement intérieur et y adhérer. Je déclare connaître le tarif pour les frais d'inscription.

Fait à Paris en deux exemplaires le : _____

Pour la famille (père, mère, tuteur de l'enfant)

Pour Séquana (Fonction)

Signature

Signature

Autorisation de sortie

Je soussigné : _____
(père, mère, tuteur)

autorise l'enfant : _____

à participer aux sorties organisées par La Maison des Enfants et, si nécessaire, à utiliser les transports publics ou des véhicules privés.

Fait à Paris le : _____

Signature

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné : _____
(père, mère, tuteur)

autorise La Maison des Enfants à faire hospitaliser en cas d'urgence

l'enfant : _____

Fait à Paris le : _____

Signature

Sequana-La Maison des enfants - Association loi 1901
La Cartoucherie de Vincennes
Route du Champ de Manœuvre
75012 Paris

Fiche sanitaire de liaison sanitaire

Ministère de la Jeunesse et des Sports (cerfa N°10008*01)

1. Enfant

Nom _____ Prénom _____
Garçon Fille Date de naissance _____ / _____ / _____

2. Vaccinations

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Vaccins pratiqués	Dates	Rappel	Antituberculeuse (BCG)	Antivariolique
<input type="checkbox"/> DT polio	/ /	/ /	1er vaccin date / /	Vaccin date / /
<input type="checkbox"/> DT coq	/ /	/ /	Revaccination date / /	1er rappel date / /
<input type="checkbox"/> Tétracoq	/ /	/ /		
<input type="checkbox"/> Une prise polio	/ /	/ /	Autres	

Si l'enfant n'est pas vacciné

Pourquoi ? _____

Injections de sérum

Nature _____ date / /
Nature _____ date / /

3. L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Angines Asthme Coqueluche Oreillons Otites Rhumatismes Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle

Indiquez ici les autres problèmes de santé en précisant les dates

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

Nature _____ date / /
Nature _____ date / /
Nature _____ date / /

4. Recommandations des parents

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?

Si oui, lequel ? _____

Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre la prescription médicale.

Je soussigné _____

(père, mère, tuteur) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Paris, le : _____

Signature