

## 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



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

## 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



## 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 :



Sequana-La Maison des enfants- Association loi 1901

La Cartoucherie de Vincennes

Route du champ de manoeuvre

75012 Paris

Tél. 01 48 08 61 03

## Autorisation du droit à l'image 20 / 20

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Responsable de – nom(s) \_\_\_\_\_ prénom(s) \_\_\_\_\_

autorise la Maison des Enfants

n'autorise pas la Maison des Enfants

(cocher la case correspondante à votre choix)

- à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre de la vie scolaire

- à diffuser ces images à l'ensemble des acteurs de l'école, à savoir parents, éducateurs, stagiaires et membres de l'association, par e- mail ou dans une lettre d'information sur support papier à l'usage exclusif de l'école.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature

Veillons tous à ne pas diffuser ces photographies et vidéos dans un cadre autre que celui de l'école, sans autorisation préalable des personnes concernées. Merci !