Fiche individuelle de renseignements
A Muizon'Nous

Documents à fournir :

- ☐ Assurance RC (valide sur la période d'activité)
- ☐ Justificatif domicile
- ☐ Copies des vaccins à jour
- ☐ Aisance aquatique (si activité Aviron)

Nom, prénom de l'enfant _____ **Né(e) le :** _____

Médecin traitant : Nom : ..... **Téléphone** .....

Adresse : .....

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère ☐ ☐ **Responsable** ☐	**Père** ☐ ☐ **Responsable** ☐
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. Domicile/Portable :		
Tél. Professionnel :		
Situation familiale :		

N° Allocataire C.A.F. ..... **Régime social :** .....

C.A.F. d'appartenance : **CAF DE LA MARNE** ☐ **M.S.A.** .....

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	**Père**
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		
Profession parents :		

Liste des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant à la fin des activités :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités **OUI** ☐ **NON** ☐

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

Pendant les activités, j'autorise le personnel du MAREL à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives

OUI ☐ **NON** ☐

Fait à ..... , le .....

SIGNATURE

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 DÉMUNIR 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE 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** 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

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, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je 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

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

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dupliant 01 64 68 3000

A MUIZON ' NOUS

ETE 2018

6 – 16 ans

	9-13 juillet	16-20 juillet	23-27 juillet
FOOT (tee-shirt fourni) (veuillez entourer la taille de votre enfant) 6/8a, 8/10 a, 10/12a, 12/14a			
TENNIS - TRAMPOLINE			
DECOUVERTE URBAINE ET CULTURELLE (Hip-hop, street dance, tag)			
ENQUETE POLICIERE			
LES TRAPPEURS			
OBJETS VOLANTS			
ROBINSON			
DECOUVERTE EXTRATERRESTRES			
* SPORT AVENTURE (à partir de 9ans) VTT.....			

Je soussigné(e) ……..

autorise mon enfant ……

*** à partir en vélo en 1/2 journée ou journée à l'extérieur de MUIZON**

signature (responsable légal de l'enfant)

TARIFS CAF	MUIZON ET REGROUPEMENT	EXTERIEUR
A MUIZON ' NOUS (6 – 16 ans)	65,00 €	71,50 €
FORFAIT REPAS (12h – 14h)	5,75 €	6,33 €

Tarifs NON CAF et/ou modulés (sous conditions de ressources) se renseigner au Marel

Toute semaine commencée et/ou reservée sera facturée

Les bons CAF et MSA sont acceptés.

Paiement en plusieurs fois possible

Contacter la Trésorerie d'Hermonville, 8 Place Montcet
Tel : 03.26.61.50.24

Restauration : 12h à 14h

juillet 2O18	INSCRIPTION REPAS (mettre une « X »)				
SEMAINE 1	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
9 au 13 juillet					
SEMAINE 2	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
16 au 20 juillet					
SEMAINE 3	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
23 au 27 juillet					

ALLERGIES ALIMENTAIRES (repas et/ou goûter) OUI NON

SI OUI, précisez .....

REPAS SPECIFIQUES : **OUI** **NON**

SI OUI, précisez .....

Bons CAF : ☐

Facturation

BONS MSA : ☐

Nom de famille: .....

ADRESSE DE FACTURATION: .....

.....

Prénom(s) enfant(s)	NOMBRE DE SEMAINE	PRIX DU SEJOUR	NOMBRE DE REPAS	PRIX DU REPAS	COÛT TOTAL

Date:..... Signature: (précédée de la mention "bon pour accord")