

**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 : .....

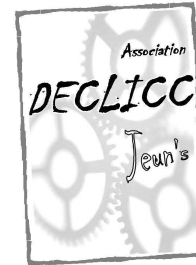
**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

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

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Association DECLICC  
Maison Bozon-Verduraz  
98 Route de La Combe  
73130 St Etienne de Cuines  
Tél.: 04.79.56.35.06 — Fax: 04.79.56.38.41  
E-mail : decliccjeuns@voila.fr  
Blog : www.declicc.net

**Fiche d'adhésion**

Du 1 er septembre 2009 au 31 août 2010

Nom du jeune: .....  
Prénom: .....  
Né(e) le: ..... Age: .....  
Adresse: .....  
Code postal: ..... Ville: .....  
Tél. domicile: ..... Tél. portable: .....  
N° à prévenir en cas d'urgence: .....  
E-mail : .....  
Classe fréquentée 2009/2010: .....  
Ecole/Etablissement: .....

L'adhésion est gratuite mais indispensable pour participer aux activités.

Je souhaite adhérer à l'association.

Fait à: ..... Le: .....

Signature du jeune :

# Autorisation parentale



Je soussigné(e), Nom: .....  
Prénom: .....

Responsable légal de:  
Nom: .....  
Prénom: .....

*Veillez cocher les cases correspondant à vos autorisations:*

- Déclare l'inscrire à l'association DECLICC et avoir souscrit une assurance responsabilité civile.
- L'autorise à participer aux animations proposées par DECLICC.
- L'autorise à pratiquer les activités sportives et déclare m'être assuré(e) de l'absence de toute contre indication.
- L'autorise à se baigner.
- Déclare décharger DECLICC de toute responsabilité dès la fin de l'activité notamment pour le trajet de retour au domicile et quelque soit l'heure de fin de cette activité.
- Accepte la diffusion par DECLICC des images prises lors des activités.
- J'atteste être informé que cette autorisation est valable pour l'ensemble des activités proposées par l'association DECLICC (après-midis sportifs, sorties, camp, spectacles, etc ...).

Fait à : ..... Le: .....

Signature:

|                                       |                           |                                |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>FICHE SANITAIRE<br/>DE LIAISON</b> | <b>1 - ENFANT</b>         |                                |
|                                       | NOM : .....               |                                |
|                                       | PRÉNOM : .....            |                                |
|                                       | DATE DE NAISSANCE : ..... |                                |
| GARÇON <input type="checkbox"/>       |                           | FILLE <input type="checkbox"/> |

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              |     |     |                            | Kubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| RUBÉOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>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)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....