



Association d'Education Populaire Kammerhof
15 chemin du Kammerhof
67100 STRASBOURG
03 88 79 06 59

Contact : Camille LAURENT / 07 85 82 36 68
camille.laurent@kammerhof.fr / www.kammerhof.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION ANIMATION 9-13 ANS ETE 2022

Dossier non nécessaire pour toutes personnes déjà inscrite en
2021/2022 à l'AEP Kammerhof

Enfant à inscrire :

Nom : Adresse :
Prénom :
Date de naissance :/...../..... Code postal :
Sexe : féminin masculin Ville :

Parents ou responsables légaux :

Madame Monsieur Personne Morale Madame Monsieur Personne Morale
Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Tel domicile : Tel domicile :
Tel portable : Tel portable :
Tel professionnel : Tel professionnel :
Mail : Mail :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

La personne doit venir munie de sa carte d'identité.

Prénom et Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone

J'autorise ma fille / mon fils à rentrer seul le soir ? Oui Non

Droit à l'image :

J'autorise l'équipe d'animation à prendre en photo ou en vidéo mon enfant :

Détention, mise en place d'exposition, de livret de présentation ou sur tous supports papier :

OUI NON

Diffusion via la page Facebook de l'AEP ou sur le site de l'AEP : OUI NON

Documents à joindre :

Pour valider l'inscription, les documents suivants doivent être fournis :

- Fiche sanitaire
- Attestation d'assurance civile
- Copie du carnet de vaccination de l'enfant
- Chèque d'adhésion de 15€ à l'association.

Aucune inscription aux sorties de l'été pour les 9-13 ans ne sera acceptée sans la réception du paiement de l'adhésion.

Fait à Strasbourg, le / /

Signature(s) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2021

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

cerfa N° 10008*02 Code de l'Action Sociale et des Familles

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

Régime alimentaire spécifique :

Standard
 Sans porc

Végétarien
 Allergies :

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

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

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :