

4 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

MERE	PERE
Nom Prénom	
Adresse	
Code postal– Ville	
Téléphone travail	
Téléphone portable	
Profession	
Nom de l'employeur	
Adresse de l'employeur	

NOM Responsable légal :

N° Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

N° C.A.F ou autre organisme :

Assurance responsabilité civile :

Nombre d'enfants :

L'enfant participera au Centre Aéré:

Dates	Tarifs	Total
ETE 2018 :		
- du 09/07 au 13/07/2018	<input type="checkbox"/> 45 €€
- du 16/07 au 20/07/2018	<input type="checkbox"/> 45 €€
- du 23/07 au 27/07/2018	<input type="checkbox"/> 45 €€
- du 30/07 au 03/08/2018	<input type="checkbox"/> 45 €€
- du 06/08 au 10/08/2018	<input type="checkbox"/> 45 €€
- du 13/08 au 17/08/2018	<input type="checkbox"/> 40 €€
- du 20/08 au 24/08/2018	<input type="checkbox"/> 45 €€
- Journée sans sortie	<input type="checkbox"/> 12 €€
jours :		
- Journée avec sortie	<input type="checkbox"/> 15 €€
jours :		
<input type="checkbox"/> Adhésion et assurance FOL	<input type="checkbox"/> 8 € <input type="checkbox"/> déjà réglé€
COÛT TOTAL :	€
Aides à déduire :	€
NET À PAYER :	€

Mode de règlement: Payable en: 1 fois 2 fois 3 fois

Espèces :

Chèques bancaires (Ordre: "CAL Lei Cigalouns")

5 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

-VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant, copies des pages de vaccinations à fournir 1 fois/ an ou si modification)

VACCINS	oui	non	Dates des	RECOMMANDES	dates vaccins
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons	
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

6 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
OUI	OUI	OUI	OUI
NON	NON	NON	NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI	OUI	OUI	OUI
NON	NON	NON	NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ			
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			