



## CONSISTOIRE DE LYON

### INSCRIPTION TALMUD THORA 2020 FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Date de constitution du Dossier : .....

Tarif : 180€ un enfant

165€ par enfant, à partir de deux enfants

Option garderie : du matin de 8h à 9h 25€  
De l'après-midi de 16h30 à 17h30 25€

Mode de paiement :

#### ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

Classe : Ecole fréquentée :

#### RESPONSABLE LEGAL

LIEN DE PARENTE :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

TEL

TEL EN CAS D'URGENCE :

MAIL :

L'enfant est assuré en Responsabilité Civile : oui / non

Extrascolaire : oui / non, assistance oui / non

Merci de fournir une photocopie de cette assurance en pièce jointe

#### OBSERVATIONS

.....

.....

.....

ASSOCIATION CULTUELLE ISRAELITE - CONSISTOIRE DE LYON

13, quai Tilsitt 69002, LYON - Tel : 04.78.37.13.43

E-mail : [aci@consistoiredelyon.fr](mailto:aci@consistoiredelyon.fr)



## CONSISTOIRE DE LYON

### AUTORISATIONS PARENTALES

#### DROIT A L'IMAGE

Je soussigné (e), Mr, Mme ..... autorise l'ACI Tilsitt à photographier et à publier des photos de mon

Enfant.....dans le cadre des activités du Talmud Torah.

Date :

Signature :

#### ACTIVITES

Je soussigné (e), Mr, Mme..... autorise mon enfant ..... à suivre et à pratiquer toutes les activités du Talmud Torah.

Date :

Signature :

#### MEDICALES

Je soussigné (e) Mr, Mme..... autorise le responsable du Talmud Torah à prendre toutes mesures médicales, pour mon enfant ..... le cas échéant, s'il n'a pas pu me joindre.

Date :

Signature :

ASSOCIATION CULTUELLE ISRAELITE - CONSISTOIRE DE LYON

13, quai Tilsitt 69002, LYON - Tel : 04.78.37.13.43  
E-mail : [aci@consistoiredelyon.fr](mailto:aci@consistoiredelyon.fr)



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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-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 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 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**

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