

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

L'ENFANT :

SUIVI : ASE MEDICALE

PAI : OUI NON Si OUI voir page 4

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Age : Sexe : Fille Garçon

Adresse :

Ville : Code postal :

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

RESPONSABLE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

► Mère

► Père

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Situation : Marié(e) Célibtaire Divorcé(e) Pacsé(e) Veuf(ve) Séparé(e)

Adresse (si différente de l'enfant) : Adresse (si différente de l'enfant) :

Ville : Ville :

Code postal : Code postal :

Tél (domicile) : Tél (domicile) :

Tél (travail) : Tél (travail) :

Portable : Portable :

Employeur : Employeur :

N° sécurité Sociale : N° sécurité Sociale :

Préciser une adresse mail pour recevoir les informations de l'accueil de loisirs :

..... /

► Renseignements relatifs a votre régime d'allocations familiales

CAF Numéro d'allocataire : MSA :

PIECES A FOURNIR :

Photocopie du carnet de vaccination (4 page de vaccinations 85 à 87 du carnet de santé)

CAF Aides aux Temps Libres (ATL) avec Quotient Familial (QF)

en cas d'absence des infos tarification maximum

Assurances RC Responsabilité civile

Adhésion 11 euros en cours de validité

Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscriptions et m'engage à informer le Centre Social KERGOMARD de tout changement de situation familiale par rapport aux informations fournies dans le formulaire d'inscription initial.

Signature du responsable légale : « Lu et approuvé Père : Mère :

Date : ___ / ___ / ___

► **PERSONNE AUTORISE :**

L'enfant peut-il rentrer seul chez lui ? OUI NON

(Pour les mineurs de + 11 ans habitants proches du centre social)

Si « NON » personne autorisé :

M. et Mme.....Tél. : Lien :

M. et Mme.....Tél. : Lien :

M. et Mme.....Tél. : Lien :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (cocher la case correspondante)

**AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE DIFFUSION
DE PHOTOGRAPHIE « PERSONNE MINEUR ET OU SOUS TUTELLE »
(barrer le tableaux si pas d'autorisation)**

Je soussigné(e) Prénom :.....

Nom :.....

(préciser l'identité de la personne photographe mineur et ou sous tutelle)

**Agissant en qualité de
représentant légal :**

**PARENT
TUTEUR**

Prénom :.....

Nom :.....

Adresse :.....

Autorise CSC KERGOMARD à utiliser les photographies sur lesquelles apparaît l'enfant et qui ont été réalisées dans le cadre mentionné ci-après.

Donne cette autorisation pour parution dans les supports d'information et de promotion des activités de CSC KERGOMARD (catalogues, journal d'information, brochures, affiches, CD-Rom, sites officiels et toute autre publication que CSC KERGOMARD estimera utile à sa communication).

Donne cette autorisation à titre gracieux pour une période de cinq ans renouvelable par tacite reconduction pour la France (et monde entier exclusivement sur les sites Internet du CSC KERGOMARD).



CSC KERGOMARD S'INTERDIT FORMELLEMENT TOUTE AUTRE UTILISATION, ET GARANTIT QUE LES PHOTOGRAPHIES NE POURRONT ETRE CEDEES OU VENDUES A DES TIERS

Date : ___ / ___ / ___

« Lu et approuvé »
Signature ►

Fait à : _____

(signatures des deux parents pour un enfants mineur)



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

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 MÉDICAUX 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

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours 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

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

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

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 :