

## FICHE D'INSCRIPTION

ANNEE 2020-2021

REGIME : CAF  MSA  AUTRES  \_\_\_\_\_

N° ALLOCATAIRE (obligatoire) : \_\_\_\_\_

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL POUR DETERMINER VOTRE TARIF**

### ENFANT

NOM, prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fille  Garçon

**REPRESENTANT LEGAL 1** : Père  Mère  Responsable de l'enfant

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

 Domicile : \_\_\_\_\_  Travail : \_\_\_\_\_  Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**REPRESENTANT LEGAL 2** : Père  Mère  Responsable de l'enfant

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

 Domicile : \_\_\_\_\_  Travail : \_\_\_\_\_  Portable : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l'enfant :** Père  Mère

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (joindre l'attestation)

Compagnie : \_\_\_\_\_

N° Adhérent : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

**VACCINS** : Fournir une copie du carnet de santé en vérifiant que le nom de votre enfant est clairement mentionné. A défaut, joindre un certificat médical de non contre-indication.

**ALLERGIES** : Asthme Oui  Non  Alimentaire Oui  Non  Médicamenteuse Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'authentification par le médecin traitant). Si automédication le signaler : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT MEDICAL** : Oui  Non

Si le traitement doit être pris pendant le temps de l'accueil contactez la Directrice du Centre.

**DIFFICULTE DE SANTE** : Oui  Non

Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

**MEDECIN TRAITANT** : Nom : \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

## FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2020-2021

### AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) : **Nom** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_

Père  Mère , de l'enfant **Nom** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_

- Autorise, en cas d'urgence les responsables du Centre de Loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'appel des secours, les traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d'urgences pédiatriques de l'hôpital, ou autre (à préciser) \_\_\_\_\_ Oui  Non
- Autorise les responsables du Centre de Loisirs à administrer les traitements prescrits sur ordonnance du médecin dont il leur a été communiqué un exemplaire. (voir article traitement médical)  
**AUCUN MEDICAMENT NE SERA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**
- Autorise mon enfant à être transporté pour les besoins des activités, par des moyens de transport collectifs (bus) Oui  Non
- Autorise mon enfant à se baigner sous surveillance (seuls peuvent se baigner les enfants vaccinés contre la polio) : Oui  Non
- Autorise le personnel du centre à filmer, photographier, enregistrer mon enfant lors des activités et reproduire, publier, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées dans des publications :  
Internes au CLSH Oui  Non  Externes (presse locale, site Internet du CLSH) Oui  Non
- Je désigne les personnes suivantes pour venir chercher l'enfant ou à être prévenues en cas d'urgence :

NOM / PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	N° DE TELEPHONE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Signature du représentant légal 1  
(Lu et approuvé)

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Signature du représentant légal 2  
(Lu et approuvé)