

FICHE D'INSCRIPTION

ANNEE 2021-2022

REGIME : CAF MSA AUTRES _____

N° ALLOCATAIRE (obligatoire) : _____

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL POUR DETERMINER VOTRE TARIF

<p>ENFANT</p> <p>NOM, prénom de l'enfant : _____</p> <p>Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/></p>
<p>REPRESENTANT LEGAL 1 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/></p> <p>Nom, prénom : _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>_____</p> <p>☎ Domicile : _____ ☎ Travail : _____ ☎ Portable : _____</p> <p>Profession : _____ Email : _____</p>
<p>REPRESENTANT LEGAL 2 : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/></p> <p>Nom, prénom : _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>_____</p> <p>☎ Domicile : _____ ☎ Travail : _____ ☎ Portable : _____</p> <p>Profession : _____ Email : _____</p>
<p>En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l'enfant : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/></p>
<p>ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (joindre l'attestation)</p> <p>Compagnie : _____</p> <p>N° Adhérent : _____</p>

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

<p>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.</p>
<p>ALLERGIES : Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alimentaire Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Médicamenteuse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'authentification par le médecin traitant). Si automédication le signaler : _____</p> <p>_____</p>
<p>TRAITEMENT MEDICAL : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si le traitement doit être pris pendant le temps de l'accueil contactez la Directrice du Centre.</p>
<p>DIFFICULTE DE SANTE : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre : _____</p>
<p>MEDECIN TRAITANT : Nom : _____ ☎ _____</p>

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2021-2022

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)