

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2022-2023

REGIME : CAF MSA AUTRES _____

N° ALLOCATAIRE (obligatoire) : _____

ENCART RESERVE A L'ADMINISTRATION

MONTARDON – NAVAILLES ANGOS

- Attestation QF CAF
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Copie nominative des vaccins
- RIB (si prélèvement souhaité)

DII OUI / NON _____ DIE OUI/NON _____

PAI OUI/NON _____ RA : _____

TARIF : _____

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 2022-2023

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

- Autres informations à porter à notre connaissance ? _____

- 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, avoir pris connaissance du règlement intérieur (que vous trouverez en format papier au centre de loisirs, sur notre site internet lesmarchesdubearn.toutmoncentre.fr à la rubrique administratif et à la demande auprès de la direction) et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Le : ____/____/____

Signature du représentant légal 1
(Lu et approuvé)

Signature du représentant légal 2
(Lu et approuvé)