

Fiche d'inscription

A joindre obligatoirement

- . **Photo récente**
- . **Copie du carnet de santé de l'enfant (vaccinations)**
- . **Certificat médical autorisant la pratique des activités physiques et sportives**
- . **Brevet de natation : pour les activités nautiques (voile...)**
- . **Assurance responsabilité civile**

1 - Enfant

Nom..... Prénom.....

Date et lieu de naissance

Garçon Fille

Alimentation sans porc : Oui Non

2 - Renseignements médicaux

Vaccinations (Fournir la copie du carnet de santé de l'enfant)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

N° Sécurité Sociale :

Nom et téléphone du médecin traitant :

L'enfant suit-il un **traitement médical** : 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 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"/>	Rhumatismes articulaires aigus 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 : Respiratoire oui non Médicamenteuse oui non

Alimentaire oui non Autre :

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 :

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

3 - Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. (précisez)

.....
.....

Les renseignements suivants sont à préciser si l'inscription concerne un mini-séjour

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

4 - Responsable légal de l'enfant

Nom et prénom du père :

Adresse :

Code postal : Ville

Tél. fixe : Tél. travail :

Tél portable : @mail :

Nom et prénom de la mère :

Adresse :

Code postal : Ville

Tél. fixe : Tél. travail :

Tél portable : @mail :

Autres personnes à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, téléphone, lien de parenté) :

.....
.....

Personnes habilitées à récupérer l'enfant (autres que les responsables légaux) au Centre de loisirs (nom, prénom, téléphone, adresse) :

.....
.....

Je soussigné, père, mère, responsable légal de l'enfant,

.....
.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

J'inscris et autorise mon enfant à participer aux activités proposées.

. **J'autorise** le responsable du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, selon les prescriptions du médecin et m'engage, s'il y a lieu, à rembourser intégralement le montant des frais médicaux.

. **J'autorise** mon enfant..... à **quitter le Centre de loisirs seul** :

le midi à partir deh..... le soir à partir deh.....

. **J'autorise** la direction à consulter notre **dossier allocataire CAFPRO** afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières.

N° allocataire :

. **J'autorise** le personnel du Centre de loisirs à **prendre mon enfant en photo**, pour une utilisation interne à la structure et pour publication papier et internet afin de promouvoir le Centre de Loisirs du Cheylard.

A Le.....

Signature (père, mère, responsable légal de l'enfant)
(précédée de la mention "lu et approuvé")