

Photo d'identité

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
- . Assurance responsabilité civile

1- Enfant

Nom..... Prénom.....

Date et lieu de naissance

Garçon Fille

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 :

PAI (Projet d'Accueil individualisé : Oui Non *Si oui joindre le protocole et toutes informations utiles.*

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

3 - Informations complémentaires :

Votre enfant porte-t-il des lunettes : Oui Non
des lentilles : Oui Non
des prothèses auditives : Oui Non
des prothèses dentaires ou appareil dentaire : Oui Non

Autres recommandations / Précisez (ex qualité de la peau, crème solaire

.....
.....

Régime alimentaire particulier (sans, lactose, sans porc, végétarien...) : Oui Non

Si oui, préciser les aliments concernés

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) :

.....
.....

Attention : les personnes habilitées à récupérer l'enfant doivent être majeures et présenter une carte d'identité.

Autorisation parentale

Je soussigné,

Demeurant

Représentant légal de (Nom/Prénom de l'enfant):.....

Date de naissance de l'enfant

DECLARE exacts les renseignements portés sur cette fiche.

AUTORISE Oui Non mon enfant à participer à toutes les activités et sorties proposées dans le cadre des animations de l'accueil de loisirs du Cheylard des mercredi et des vacances scolaires.

AUTORISE Oui Non l'équipe d'animation 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.

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

Si oui N° allocataire : CAF MSA

Quotient familial :

AUTORISE Oui Non mon enfant..... à **quitter le Centre de loisirs seul.**

ATTENTION, pour chaque départ seul, un courrier ou un mail est à fournir avec la date et l'horaire.

J'autorise Oui Non le personnel du Centre de loisirs et de la Communauté de communes Val'Eyrieux 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")