

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 responsable 1** : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville .....

Tél. fixe : ..... Tél. travail : .....

Tél portable : ..... @mail : .....

**Nom et prénom responsable 2** : .....

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 (responsable légal de l'enfant)  
(précédée de la mention "lu et approuvé")