

FICHE D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS - ALSH

IDENTITE FAMILLE

➤ LE PAYEUR

Nom.....
Prénom.....
Téléphone

Adresse.....
Code postal Ville

Mail

➤ LE PERE

Nom

Prénom.....

Téléphone bureau Portable.....

Profession.....

Employeur.....

➤ LA MERE

Nom.....

Prénom.....

Téléphone bureau Portable.....

Profession.....

Employeur.....

➤ LE RESPONSABLE LEGAL

Le père La mère Le tuteur Le participant Le service social Autre

Situation Familiale : Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
Marié(e) Vie maritale PACS Autre

Nombre d'enfants :

Caisse :

Numéro allocataire

Quotient Familial

Comité d'entreprise / Autres organismes

N° carte familiale Date de validité

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom.....

Prénom.....

Sexe F M

Date de naissance.....Age.....

Téléphone

Adresse.....

Code postal Ville

Classe maternelle

Primaire

Ecole.....

N° allocataire enfant.....

COMPLEMENT D'INFORMATION

Notes

Allergies



AUTORISATION PARENTALE

- J'autorise mon enfant à participer à des activités de plein air et à pratiquer des activités physiques
- J'autorise le centre de loisirs à prendre des photos de mon enfant à des fins d'utilisations internes et/ou de communication
- J'autorise mon enfant à être transporté en car ou en minibus pour des sorties prévues dans le cadre des activités du Centre de Loisirs
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter
- Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant..... déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

À Le

Signature du responsable légal précédée de la mention "Lu et approuvé"

PIECES A JOINDRE

- Fiche d'inscription dûment complétée et signée
- Fiche sanitaire de liaison
- La photocopie du carnet de vaccinations
- La photocopie du livret de famille
- Une attestation de scolarité
- Une copie de l'attestation de responsabilité civile
- Une copie de l'attestation d'assuré social
- L'attestation de la CAF « Aides aux vacances et au temps libre » indiquant votre quotient familial et vos droits
- Certificat médical de non contre indication à la pratique des activités physiques
- Attestation de natation (pour enfant de 7 ans et plus)



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

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.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM: _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Centre Nature OSCA

La Mothe

48500 LA CANOURGUE

DDCSPP n° 48017001

Tél: 04 66 32 84 46

e mail: osca@free.fr