



135 avenue Roger Salengro
SECTEUR ENFANCE - JEUNESSE

FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : Prénom : Date de naissance : / /
Age :

Activités :

- Mercredi loisirs
- Toussaint Noël Hiver Printemps Juillet Août
- Espace Jeune
- Accompagnement à la scolarité
- Aide aux devoirs : Primaire Collège Lycée

Menu : (uniquement pour les Accueils de Loisirs et l'Espace Jeune)

- Classique Végétarien

Cadre réservé à l'administration

Titulaire de la carte d'adhésion n° pour la période du 01/09/2015 au 31/08/2016

Ecole : (uniquement pour l'aide aux devoirs et l'accompagnement à la scolarité)

Ecole fréquentée : Classe :

L'enfant suit-il des cours particuliers : Oui Non
Si oui, dans quelle matière :

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Situation familiale :

- Marié(e) Séparé(e) Célibataire
 Divorcé(e) Concubinage Veuf(ve)
 Pacsé(e)

<u>Père :</u> NOM : Prénom :	<u>Mère :</u> NOM : Prénom :
📄 Adresse : ☎ Tél. domicile : 📞 Tél. portable @ Mail :	📄 Adresse* : ☎ Tél. domicile* : 📞 Tél. portable* : @ Mail* :
<u>Situation socioprofessionnelle :</u> <input type="checkbox"/> Employé : 📞 Tél. professionnel : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA <input type="checkbox"/> Autre/sans activité professionnelle	<u>Situation socioprofessionnelle :</u> <input type="checkbox"/> Employé 📞 Tél. professionnel : <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA <input type="checkbox"/> Autre/sans activité professionnelle

➤ Si vous êtes **le tuteur de l'enfant**, veuillez l'indiquer sur la présente fiche d'inscription.
• A compléter si les **renseignements différent** du représentant légal de l'enfant.

N° allocataire CAF :	Quotient familial :	Caisse :
Ressortissant d'autres régimes (fonction publique, agricole, SNCF, autres...) :		

N° sécurité sociale :	Caisse :
-----------------------	----------

Personne à contacter en cas d'urgence :	Téléphone :
---	-------------

L'enfant peut-il rentrer seul ? Oui Non

Si NON, quelles sont les PERSONNES HABILITEES, âgées de plus de 16 ans A VENIR RECHERCHER L'ENFANT (y compris le ou les responsables légaux)

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone

AUTORISATION ▶ J'autorise le Centre Social "" à prendre des photos, à filmer mon enfant et à les présenter lors de manifestations organisées par celui-ci : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--

Tout enfant doit être couvert par l'assurance civile de ses parents. La responsabilité de la structure ne peut intervenir que pour les adhérents du Centre Social autorisés à participer aux activités.



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ 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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ 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 : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I. (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

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

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, atteste avoir pris connaissance des conditions générales ci-dessus, m'engage à les respecter et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date, signature et mention « lu et approuvé »