

FICHE D'INSCRIPTION

ANNEE 2020-2021

REGIME : CAF ☐ MSA ☐ AUTRES ☐ _____

N° ALLOCATAIRE (obligatoire) : _____

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UNE ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL POUR DETERMINER VOTRE TARIF

ENFANT

NOM, prénom de l'enfant : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Fille ☐ Garçon ☐

REPRESENTANT LEGAL 1 : Père ☐ Mère ☐ Responsable de l'enfant ☐

Nom, prénom : _____

Adresse _____

☎ Domicile : _____ ☎ Travail : _____ ☎ Portable : _____

Profession : _____ Email : _____

REPRESENTANT LEGAL 2 : Père ☐ Mère ☐ Responsable de l'enfant ☐

Nom, prénom : _____

Adresse _____

☎ Domicile : _____ ☎ Travail : _____ ☎ Portable : _____

Profession : _____ Email : _____

En cas de séparation, précisez qui exerce la garde de l'enfant : Père ☐ Mère ☐

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE (joindre l'attestation)

Compagnie : _____

N° Adhérent : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINS : Fournir une copie du carnet de santé en vérifiant que le nom de votre enfant est clairement mentionné. A défaut, joindre un certificat médical de non contre-indication.

ALLERGIES : Asthme Oui ☐ Non ☐ Alimentaire Oui ☐ Non ☐ Médicamenteuse Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre l'authentification par le médecin traitant). Si automédication le signaler : _____

TRAITEMENT MEDICAL : Oui ☐ Non ☐

Si le traitement doit être pris pendant le temps de l'accueil contactez la Directrice du Centre.

DIFFICULTE DE SANTE : Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en mentionnant les dates et les précautions à prendre : _____

MEDECIN TRAITANT : Nom : _____ ☎ _____

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2020-2021

AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e) : **Nom** : _____ **Prénom** : _____

Père ☐ Mère ☐ , de l'enfant **Nom** : _____ **Prénom** : _____

- Autorise, en cas d'urgence les responsables du Centre de Loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'appel des secours, les traitements et interventions qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires et à faire transporter mon enfant au service d'urgences pédiatriques de l'hôpital, ou autre (à préciser) _____ Oui ☐ Non ☐

- Autorise les responsables du Centre de Loisirs à administrer les traitements prescrits sur ordonnance du médecin dont il leur a été communiqué un exemplaire. (voir article traitement médical)

AUCUN MEDICAMENT NE SERA ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

- Autorise mon enfant à être transporté pour les besoins des activités, par des moyens de transport collectifs (bus) Oui ☐ Non ☐
- Autorise mon enfant à se baigner sous surveillance (seuls peuvent se baigner les enfants vaccinés contre la polio) : Oui ☐ Non ☐

- Autorise le personnel du centre à filmer, photographier, enregistrer mon enfant lors des activités et reproduire, publier, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées dans des publications :

Internes au CLSH Oui ☐ Non ☐ Externes (presse locale, site Internet du CLSH) Oui ☐ Non ☐

- Je désigne les personnes suivantes pour venir chercher l'enfant ou à être prévenues en cas d'urgence :

NOM / PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	N° DE TELEPHONE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis.

Signature du représentant légal 1
(Lu et approuvé)

Le : ____/____/____
Signature du représentant légal 2
(Lu et approuvé)