

# FICHE D'INSCRIPTION

## 2018

### ENFANT

Nom :.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Accueil de Loisirs

**Joindre IMPERATIVEMENT la photocopie  
des vaccins de l'enfant à jour**



Centre Social et Culturel cantonal  
Le Bourg  
79340 LES FORGES  
☎ 05 49 69 93 13

## RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom, prénom du père :.....

Nom , prénom de la mère :.....

Adresse :.....

Tél domicile :.....Portable :.....

Téléphone où l'on peut joindre le responsable de l'enfant durant la journée :.....

Adresse mail : .....

Profession du père : .....

Employeur :.....

Profession de la mère : .....

Employeur :.....

Indiquez le **régime** dont vous êtes ressortissants au titre **des prestations familiales** ainsi que le numéro d'allocataires (même si vous ne percevez pas d'allocations).

O CAF, n° Allocataire :.....

O MSA, n° Allocataire :.....

## DECHARGE

Je soussigné (e) Mme, M. :.....

responsable de l'enfant :

Nom.....

Prénom.....

- 1) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche;
- 2) autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant;
- 3) indique le(s) nom(s) de la (des) personne(s) majeure(s) autorisée(s) à prendre mon enfant en cas d'impossibilité de ma part :

Nom, Prénom : .....

Tél. : .....

Nom, Prénom : .....

Tél. : .....

Fait à .....

Le .....

Signature :

**J'autorise le Centre Social et Culturel Cantonal à prendre des photos de mon enfant.**

Elles pourront être utilisées dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs (activités manuelles, décorations des locaux) et du Centre Social et Culturel, pour présenter les activités **(rapport d'activités, plaquettes, Cant'on est là, blog, site, réseaux sociaux...)**

OUI     NON



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.  
Elle évite aux parents de se démurer du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

<b>ENFANT :</b>	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon
Date de naissance :		
Nom :		Prénom :
Adresse :		

### **1 - VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)**

Merci de joindre une photocopie des vaccins du carnet de santé de l'enfant

### **2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

**Attention :** aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses  oui  non     asthme  oui  non  
                  alimentaires  oui  non                autres  oui  non

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

**NOM ET COORDONNÉES DU MEDECIN**

**TRAITANT**

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

**NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE**

**SOCIALE (JOINDRE L'ATTESTATION)**

N° de Sécurité Sociale : .....

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

### **4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

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

**5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**Père (titulaire de l'autorite parentale) :**

Nom .....  
Prenom.....  
Portable.....  
Telephone domicile :.....  
Telephone bureau :.....  
**Mail**.....

**Mère (titulaire de l'autorite parentale) :**

Nom.....  
Prenom.....  
Portable.....  
Telephone domicile :.....  
Telephone bureau :.....  
**Mail**.....

En cas de garde alternee, veuillez preciser le nom du parent responsable de la garde pendant la duree de l'inscription.....

.....

Nom et n° de telephone d'une personne susceptible de vous prevenir rapidement :

.....  
.....

**6 – AUTORISATION**

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prevenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de necessite, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra etre amene a conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

Nous autorisons, au prealable, toute intervention chirurgicale jugee necessaire par les medecins du fait de l'etat de sante de mon enfant, **pour le cas ou aucun des deux parents ne pourrait etre joint en temps utile pour etre present ou pour consentir a cette intervention.**

Nous autorisons le Centre, **en cas d'indisponibilite absolue des deux parents**, a reprendre l'enfant a la sortie de l'Etablissement de sante.

*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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Fait à .....

le...../...../.....

Signature des parents :