



FICHE D'INSCRIPTION 2023



L'enfant

Nom et prénom.....
 Date de naissance.....
 Adresse.....
 Classe.....
 École.....

Personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale

Marié(e) PACS Union Libre Veuf(ve) Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire

Nom et prénom du père.....
 Adresse.....
 CP..... Ville.....
 Adresse mail.....
 Téléphone domicile.....
 Portable père.....
 Tél. travail du père.....
 Nom de l'employeur.....

Nom et prénom de la mère.....
 Adresse.....
 CP..... Ville.....
 Adresse mail.....
 Téléphone domicile.....
 Portable mère.....
 Tél. travail du père.....
 Nom de l'employeur.....

Numéro d'allocataire C.A.F. du Loiret :.....
 (Joindre un justificatif C.A.F.)
 Assurance (compagnie d'assurance) :.....

Quotient familial de la C.A.F. du Loiret :.....
 N° contrat d'assurance :.....

Autorisation

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités
- J'autorise mon enfant à partir seul(e) du Centre de Loisirs
- J'autorise le Centre de Loisirs à utiliser des photos de mon enfant pour alimenter le site internet de la structure, et réseaux sociaux de la Ville ainsi que les journaux locaux
- J'autorise mon enfant à être transporté par les animateurs le cas échéant

Oui Non
 Oui Non

Oui Non
 Oui Non

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant

Nom et prénom.....
 Lien avec l'enfant.....
 Tél. domicile.....
 Tél. portable.....
 Personne à contacter en cas d'urgence Oui Non

Nom et prénom.....
 Lien avec l'enfant.....
 Tél. domicile.....
 Tél. portable.....
 Personne à contacter en cas d'urgence Oui Non

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom et prénom.....
 Tél. domicile.....

Lien avec l'enfant.....
 Tél. portable.....

Les parents reconnaissent avoir pris connaissance du règlement (p.11) et en accepter les termes dans leur intégralité.

Signature du (des) parent(s)
 « Lu et approuvé » :





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Centre de Loisirs. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.

Nom et prénom de l'enfant.....

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

Si le mineur n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements concernant le mineur

• **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 allergies suivantes ?**

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

Asthme Oui Non..... Alimentaires Oui Non.....

Médicamenteuses Oui Non..... Autres (animaux, plantes, pollen) Oui Non.....

• **Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

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

Varicelle Oui Non

Coqueluche Oui Non

Oreillons Oui Non

Rubéole Oui Non

Angine Oui Non

Otite Oui Non

Rhumatisme articulaire aigu Oui Non

Scarlatine Oui Non

Rougeole Oui Non

Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

.....

Responsable du mineur

Nom et prénom Tél. travail.....

Tél. domicile N° Séc. Sociale dont dépend l'enfant (obligatoire).....

Tél. portable Nom et tél. du médecin traitant (facultatif).....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature
du responsable légal :

