

## Renseignements médicaux

Vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels
Tétanos			
<b>Ou</b> DT polio			
<b>Ou</b> Tétracoq			
BCG			

Y a t'il des renseignements concernant la santé de votre enfant que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel d'animation ?  
oui  non  ; si oui lesquels ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant !

En cas d'accident, l'enfant doit-il être conduit dans un établissement ou chez un médecin particulier ? Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et d'avertir les parents ou les personnes indiquées (n° de téléphones en cas d'urgence). En cas d'accident bénin, les parents ou les personnes indiquées sont consultées pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant.

**Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.**

## Autorisation parentale

Je, soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

- Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Autorise la structure à utiliser photos et vidéos prises dans le cadre des activités
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées
- Autorise le personnel d'animation à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer des interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin dans le cas où je ne serais pas joignable ;
- M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.
- Autorise mon enfant à quitter seul la structure.

Les personnes habilitées à prendre en charge mon enfant sont : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mon enfant a une activité à l'extérieur pendant l'accueil. Nom de l'activité : \_\_\_\_\_

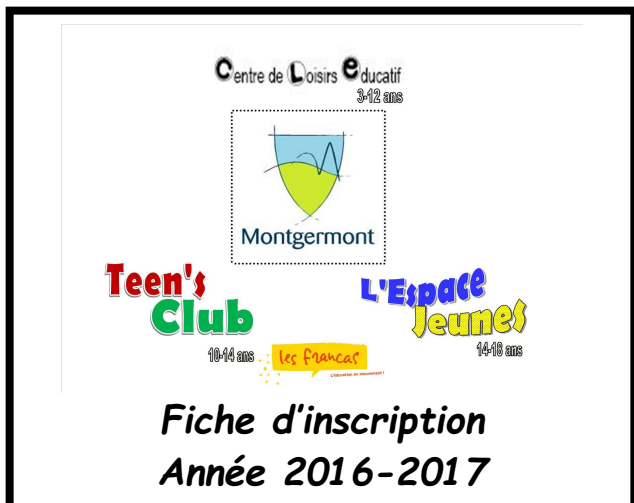
Lieu de l'activité : \_\_\_\_\_ le mercredi de \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h.

- J'autorise mon enfant à s'y rendre seul
- J'autorise mon enfant à s'y rendre accompagné. Personne autorisée à prendre en charge mon enfant pour se rendre sur l'activité : \_\_\_\_\_.
- Mon enfant sera absent de l'accueil à partir de : \_\_\_\_\_ h. Il pourra éventuellement revenir au Centre de Loisirs, mais il reste, pendant toute son absence, jusqu'à son retour sous l'entière responsabilité de ses parents.

Assure avoir eu connaissance de la disponibilité de projet pédagogique à la structure.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :



**Fiche d'inscription  
Année 2016-2017**

**N° de téléphones en cas d'urgence  
(noms et numéros) :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Personne à inscrire**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ville de naissance :** \_\_\_\_\_

**Sexe :** M  F

**Ecole :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

**Structure :**  **CLE** (de la scolarisation jusqu'en 2007)  
 **Teen's Club** (de 2004 à 2006)  
 **Espace Jeunes** (jusqu'en 2003)

Ces renseignements sont confidentiels, ils sont destinés au personnel d'animation pour garantir les meilleures conditions d'accueil de votre enfant.

**Identité des parents :**

**NOM du père :** \_\_\_\_\_ **NOM de la mère :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Profession :** \_\_\_\_\_ **Profession :** \_\_\_\_\_

**Employeur :** \_\_\_\_\_ **Employeur :** \_\_\_\_\_

**☎ (travail) :** \_\_\_\_\_ **☎ (travail) :** \_\_\_\_\_

**n° portable :** \_\_\_\_\_ **n° portable :** \_\_\_\_\_

**→ N° d'Allocataire à la CAF d'I&V :** \_\_\_\_\_

Si vous n'êtes pas ressortissant du régime général, quel est votre régime : \_\_\_\_\_

**→ N° de Sécurité Sociale (de la personne qui assure la couverture sociale de l'enfant) :**

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**→ Assurance Responsabilité Civile de votre enfant, Compagnie :** \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ reconnaît avoir eu connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile individuelle.*

**→ Merci de joindre vos bons caf ou msa, si vous en êtes bénéficiaires !**

**→ Veuillez entourer le groupe de quotients familiaux (document délivré par la CAF ou la MSA) et nous donner le justificatif :**

A	B	C	D	E
- de 508,99 €	De 509 à 566,99 €	De 567 à 799,99 €	De 800 à 1499,99€	+ de 1500 €