



Centre de Loisirs Fiche d'inscription

2016 / 2017

PHOTOS

Enfant

Garçon Fille

Nom :

Prénom :

Adresse du domicile :

Code postal : _____ Ville :

Date de naissance : ____/____/____ (jj/mm/aaaa) Lieu de naissance :

Portable de l'enfant si possible : ____/____/____/____/____

Ecole fréquentée :

Représentants légaux

Père , Mère , Tuteur , Autre A préciser :

Profession :

Nom :

Indiquez le nom de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse

Prénom :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tél dom. : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Tél travail ____/____/____/____/____ Mail :

Père , Mère , Tuteur , Autre A préciser :

Profession :

Nom :

Indiquez le nom de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse

Prénom :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tél dom. : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Tél travail ____/____/____/____/____ Mail :

Assurance : N° de police : Date d'échéance :

* N° allocataire CAF : Bon CAF 3 € 4 € Autres : €

* N° allocataire MSA : Bon MSA : €

* Autres organismes : N° allocataire :

Droit à l'image

Je soussigné(e)
autorise par la présente la Communauté d'Agglomération du Gard Rhodanien, route d'Avignon,
domaine de Paniscoule, 30200 Bagnols sur Cèze, représentée par son Président, M. Jean Christian
REY,

à diffuser la (les) photographie(s) et vidéo(s) prise(s) lors des activités à l'accueil de loisirs sur
laquelle (lesquelles) figure mon fils/ ma fille

Cette autorisation est valable :

- pour l'édition de documents de nature pédagogique,
- pour des expositions relatives aux centres,
- pour les journaux d'information locale,
- pour la publication sur le site internet de la Communauté d'Agglomération et/ou de l'Accueil de Loisirs.

Cette autorisation est valable pour une durée de 2 ans et pourra être révoquée à tout moment.

Le droit à l'image est incessible.

La présente autorisation est consentie sans aucune contrepartie financière

Fait à le Signature :

Activités

J'autorise mon enfant

à participer aux activités et sorties qui lui sont proposées dans le cadre de l'Accueil de loisirs,

à aller à la piscine

Fait à le Signature :



N° 10008*01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC LES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHE	VACCINS PRATIQUES		DATES
Precisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tetracoq d'une prise polio Hépatite B	RAPPELS		____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES	DATES	VACCINS PRATIQUES
____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ? _____

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
____/____/____	____	____/____/____
____/____/____	____	____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTTITES	ASTHME	ROUGEFOLE	OREILLONS
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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, réductions)

____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIF-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI
 SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE _____ N° DE _____ DOMICILE _____ BUREAU _____
 DE SS _____ TEL. _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

le soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

PARTIE RÉSERVÉE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : _____

Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE ____/____/____	____/____/____
DEPART LE ____/____/____	____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

Départ du centre de loisirs

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant :

- autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs
 n'autorise pas mon enfant à repartir seul de l'Accueil de loisirs

Personnes autorisées à récupérer mon enfant en cas d'impossibilité du ou des responsables légaux :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	téléphone

Fait à le

Signature :

Facturation

Souhaitez-vous recevoir une facture acquittée Oui Non

Au nom de Mme, M.

Remarques éventuelles

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

Documents obligatoires à fournir

- Attestation d'assurance responsabilité civile nominative (portant la mention extra-scolaire)
- Notifications aides aux temps libres CAF, bons CAF, bons MSA, ou autres
- Attestation de quotient familial CAF ou Avis d'imposition
- Copie du carnet de santé, page vaccinations
- Si divorce, copie du jugement (garde de l'enfant, droits parentaux)
- Test d'aisance aquatique (ados) pour les activités nautiques
- 1 Photo

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de loisirs et l'accepter,
- déclare accepter le projet éducatif et le projet pédagogique de l'Accueil de loisirs
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le

Signature :