



ACCUEIL DE LOISIRS.
Intercommunal de la CAC. Terres solidaires
PITCHOUN ESPACE.
120 RUE DE LA GRAVIERE. 30460 LASALLE
Nous contacter : centredeloisirs@cac-ts.fr / 04.66.60.38.09

FICHE INSCRIPTION

Identification de l'enfant :

Nom.....Prénom.....
Né le.....à.....
Adresse.....

Identification des responsables de l'enfant :

PERE : NOM/PRENOM.....
Adresse :
N° de téléphone : FIXE
TRAVAIL.....
PORTABLE
COURRIEL :

MERE : NOM/PRENOM.....
Adresse :
N° de téléphone : FIXE
TRAVAIL.....
PORTABLE
COURRIEL :

Responsable légal de l'enfant :

Père et mère / Père / Mère / Autre (1)

(1) Rayer la mention inutile

Fiche administrative :

Autorisez-vous que votre enfant soit pris en photo et que celle-ci soit diffusée (1)

| | | |
|---|-----|-----|
| - En interne au centre | oui | non |
| - Dans le bulletin intercommunal | oui | non |
| - Site web ou pages réseaux sociaux CAC | oui | non |

Caisse d'allocations familiales :
Numéro CAF du père :Montant QF
Numéro CAF de la mère :Montant QF

JOINDRE IMPERATIVEMENT LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES :
Notifications de droits CAF, attestation d'assurance en responsabilité civile.


Personnes autorisées à prendre l'enfant en charge :

-Nom /PrénomN° de Tel.....
-Nom /Prénom..... N° de Tel.....

Votre enfant peut-il partir seul (1)

Oui Non

Si oui à quelle heure ?



FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Hépatite B | |
| Polio | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| OU DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| OU Tétracoq | | | | BCG | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME Oui Non
- ALIMENTAIRES Oui Non
- MEDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

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

.....

.....

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

.....

.....

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

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

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

.....

.....

Médecin traitant :

Numéro de téléphone :

AUTORISATION

Je soussignéresponsable légal de L'enfant
....., l'autorise à :

- ✓ Prendre place dans les véhicules municipaux, intercommunaux, de location, ou personnels habilités : Oui Non
- ✓ J'autorise mon enfant à participer aux activités de baignade ou jeux d'eau organisés dans le cadre des activités de l'AL : Oui Non

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur, du projet pédagogique de l'accueil de loisirs et les accepter.

J'autorise le directeur, à mettre en œuvre toute procédure rendue nécessaire en cas de problème de santé ou d'accident, en cas d'urgence ou de difficulté à me joindre. Ceci, y compris, dans le cas où un avis médical signale un besoin urgent d'hospitalisation et/ou intervention chirurgicale.

Signature du responsable de l'enfant
(Précédé de la mention Lu et Approuvé)

Fait àLe.....