

AUTORISATIONS

Quelles sont les personnes autorisées à venir chercher votre enfant à la fin du Centre de Loisirs ?

Nom et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
.....
.....
.....
.....

(La personne doit se munir de sa carte d'identité).

PISCINE :

J'autorise mon enfant à se rendre à la piscine aux jours et heures prévus par le Centre de Loisirs. Oui Non

S'il y a contre-indication médicale, veuillez joindre un certificat médical.

PHOTOGRAPHIES :

J'autorise le Centre de Loisirs à photographier ou à filmer mon enfant, seul ou avec d'autres, dans le cadre des activités du Centre de Loisirs et à publier éventuellement ces documents (presse, plaquette, site Internet de la Ville...). Oui Non

Je soussigné(e), déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription.

Fait à : _____ **Le :** _____
Signature du ou des responsables de l'enfant :

PIECES A FOURNIR :	<input type="checkbox"/> Photocopie du carnet de santé (vaccins)
	<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance
	<input type="checkbox"/> Aides aux vacances de la CAF
	<input type="checkbox"/> Avis d'imposition 2021 sur les revenus 2020
	<input type="checkbox"/> Attestation de paiement de la CAF
	<input type="checkbox"/> Certificat médical pour les enfants allergiques
	<input type="checkbox"/> Certificat de bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)
	<input type="checkbox"/> Copie du jugement du tribunal en cas de divorce ou séparation
	<input type="checkbox"/> Accusé de réception Règlement Intérieur

Centre de Loisirs et de l'Enfance

18 avenue de la Malgrange
 54140 Jarville-la-Malgrange Tél : 03.83.53.39.82

ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

DOSSIER D'INSCRIPTION

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Sexe : Masculin Féminin

INFORMATIONS CONCERNANT LES REPRESENTANTS LEGAUX

PERE TUTEUR

Nom : Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse :

Téléphone* : Portable* :

Mail :

Profession :

Employeur : Tél. Professionnel* :

Adresse :

MERE TUTRICE

Nom : Prénom :
 Date de naissance :/...../.....
 Adresse :

Téléphone* : Portable* :

Mail :

Profession :

Employeur : Tél. Professionnel* :

Adresse :

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS DE L'ENFANT :

Marié(e) ou pacsé(e) En concubinage Célibataire Veuf (ve) Divorcé(e) ou séparé(e)

FACTURATION : Père Mère

REGIME :

Allocataire CAF (Régime général)
 N° allocataire CAF : Département CAF :
 Régime spécial (MSA ou autres) Sans régime

N° de sécurité sociale rattaché à l'enfant :

ASSURANCE :

L'enfant doit impérativement être couvert par une assurance responsabilité civile et individuelle accident corporel.

Nom de l'assurance :

N° de contrat :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et adresse du médecin traitant:

Téléphone :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant son séjour ? OUI NON

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il 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
Rhumatisme articulaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ALLERGIES :

Asthme : Oui Non

Médicamenteuse : Oui Non

Alimentaire : Oui Non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

INDIQUEZ CI-APRES

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

Autres informations éventuelles sur la santé de l'enfant :

SITUATION PARTICULIERE

Enfant porteur de handicap : Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

REGIME ALIMENTAIRE :

Votre enfant suit-il une coutume alimentaire particulière ? Oui Non

Si oui, précisez :

EN CAS DE MALADIE OU D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e).....autorise le Directeur du Centre de Loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident entraînant une hospitalisation et anesthésie de mon enfantJe souhaite qu'il soit dirigé vers la clinique ou l'hôpital..... En cas de non réponse, votre enfant sera conduit à l'hôpital d'enfants du CHU de Brabois.

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :