



Fiche d'inscription les Môm'édrières

Inscription 2017

Accueil de Loisirs Jeunes Corrèze

La fiche d'inscription est à remplir et à donner au directeur du centre au plus tard le premier jour de présence de l'enfant. Chaque année, un nouveau dossier est à remplir pour chaque enfant.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F M

Renseignements sur l'enfant

Commune d'habitation :

Ecole fréquentée : Classe :

Nombre de frères et sœurs : Age :

Pointure de chaussures : Taille :

Sait-il nager ?

Test préalable à la pratique des activités nautiques (test PAN) : oui non

Téléphone :

Mél :

Renseignements administratifs

Nom et Prénom du chef de famille ou du responsable légal :

Adresse :

.....

Téléphone : Téléphone d'urgence :

Mél :

- Situation familiale :** - Marié(e), pacsé(e)
- Vie maritale
- Veuf (ve)
- Divorcé(e), séparé(e)
- Célibataire

PERE : Nom : Prénom :
Profession : Employeur :
MERE : Nom : Prénom :
Profession : Employeur :

Numéro de Sécurité Social auquel est rattaché l'enfant :

.....

CAF :

Nom Et adresse :
Numéro d'allocataire :

MSA : Nom et adresse :

Numéro MSA :

MUTUELLE :

Nom et adresse :
Numéro adhérent :

ASSURANCE :

Nom et adresse de l'organisme :

FICHE SANITAIRE

Cette fiche doit être correctement remplie (une par enfant). Tout changement de situation doit être signalé au directeur de la structure.

NOM : Prénom :

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Numéro de sécurité social de l'enfant :

VACCINATION : voir le carnet de santé ou les certificats de vaccination

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date des vaccins
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autre (préciser)	

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

SANTÉ

L'enfant suit-il un traitement ?

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 fait-il des allergies ou a-t-il eu les maladies suivantes ? (Rayer la mention inutile)

- asthme : oui non

- alimentaire : oui non

- médicamenteuse : oui non

- autres (pollen, animaux, plantes...) : 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 ?

.....
.....
L'enfant a-t-il déjà eu ces maladies ?

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Rubéole			Scarlatine		
Varicelle			Coqueluche		
Angine			Otite		
Rhumatisme articulaire aigu			Rougeole		
Oreillons					

Autres problèmes ou remarques : (port de lunettes, de lentilles, énurésie nocturne, prothèses
auditives, yoyos, régime alimentaire...)
.....
.....

MEDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

RESPONSABLE DU MINEUR

NOM : PRENOM :

TEL DOMICILE : TEL. TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

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 :

Signature du responsable légal :

Déclaration du chef de famille

Je soussigné, Monsieur, Madame,,

Responsable de l'enfant :

- Autorise mon enfant à partir seul après les activités :

Oui Non (rayer la mention inutile).

- En cas d'absence ou de départ imprévu avant les heures autorisées, je m'engage à le signaler par écrit ou par téléphone auprès du directeur.

Date :

Nom :

Signature :

Je soussigné, Monsieur, Madame,,

Responsable de l'enfant :

- Autorise le centre de loisirs à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises dans le cadre du fonctionnement du centre pour illustrer les activités ou l'édition de plaquette d'information.

Oui Non (rayer la mention inutile).

Date :

Nom :

Signature :

Je soussigné, Monsieur, Madame,,

Responsable de l'enfant :

- Autorise les personnes citées dessous à amener ou venir chercher mon enfant :

-

-

-

-

Date :

Nom :

Signature :

« Je déclare avoir pris connaissance du projet pédagogique, de son organisation générale ainsi que du règlement intérieur ».

Date :

Nom :

Signature :

PAPIERS A FOURNIR :

- fiche d'inscription remplie et signée
- fiche sanitaire remplie et signée
- fiche autorisation remplie et signée
- déclaration du chef de famille

Autres papiers demandés :

- photocopie de l'attestation du test PAN si vous l'avez
- photocopie de l'attestation de sécurité sociale
- photocopie du numéro d'allocataire si CAF
- photocopie du quotient familial
- original des PASS' accueil 2017 de la CAF (A demander)
- photocopie de l'attestation de la MSA si régime MSA
- photocopie de la carte de mutuelle
- photocopie de l'attestation d'assurances de l'enfant
- photocopie des vaccins

Uniquement pour les séjours :

- photocopie du dernier avis d'imposition
- photocopie du numéro d'allocataire si CAF
- photocopie du quotient familial
- original des PASS' accueil 2017 de la CAF (A demander)
- photocopie de l'attestation de la MSA si régime MSA