

Photo
récente de
l'enfant

Fiche d'inscription

Nom :
Prénom :
Né(e) le : à :
sexe (*): F M

Adresse :

.....
.....

Nom du responsable de l'enfant :

Employeur du responsable de l'enfant :

N° de téléphone : Domicile : (même sur liste rouge)
Bureau père : portable père :
Bureau mère : portable mère :

N° S.S. :

N° Allocataire : Coefficient familial (**): date :

Caisse d'allocation :

Etes vous bénéficiaire de bons vacances (*) oui non

Ecole fréquentée par l'enfant :

Votre enfant sait-il nager ? (*) oui non

Si oui fournir le brevet des 25m au minimum.

Autorisez vous le centre de loisirs à publier des photos et/ou images de votre enfant prises dans le cadre des activités : oui non

Votre enfant fait-il la sieste ? (*) (pour les moins de 6ans) : oui non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant sur le centre de loisirs :

Nom, Prénom, qualité, coordonnées téléphoniques :

- , , ,
- , , ,
- , , ,
- , , ,

Votre enfant vient-il au centre de loisirs par ses propres moyens ? (*) oui non

Si oui, veuillez remplir l'encart si dessous :

Je soussigné,, autorise l'enfant à quitter seul le centre de loisirs, à partir de H..... et décharge par la présente les directeurs de la structure de toute responsabilité concernant l'enfant à compter de l'heure précisée ci-dessus.

Date :

signature :

(*) cocher les réponses favorables

(**) à remplir par le directeur du centre de loisirs

Fiche sanitaire

Votre enfant souffre t'il d'une allergie ? oui non

Si oui laquelle :

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

Votre enfant est-il vacciné ? oui non

Si oui, joignez la copie des fiches de vaccination du livret de santé.

Si non, joignez l'attestation médicale attestant des raisons de non vaccination.

Votre enfant souffre t'il d'asthme ? oui non

Votre enfant souffre t'il d'une maladie invalidante ? oui non

Si oui laquelle :

.....
.....

Votre enfant souffre t'il d'un handicap ? oui non

Si oui lequel :

.....
.....

Votre enfant a t'il un traitement médical à administrer sur le centre de loisirs ? oui non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance médicale avec le traitement étiqueté au nom de l'enfant.

Votre enfant porte t'il des lunettes ? oui non

Votre enfant porte t'il un appareil auditif ? oui non

Recommandations des parents :

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

Autorisation de soins

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

Date :

signature :