



ACCUEIL DE LOISIRS Vallée Borgne-Lasalle.
Communauté de communes Causse Aigoual Cévennes-Terres solidaires.
Place de la Mairie- L'Estrechure-30124
Nous contacter : centredeloisirs@cac-ts.fr Tél :04.66.60.38.09 /06.21.37.18.00

FICHE INDIVIDUELLE D'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 intercommunaux, municipaux, 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 éducatif, 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.....