

**Dossier d'inscription Centre de Loisirs
SAINT SAUVEUR**

2020

*Du 6 au 10/7 - du 13 au 17/7 - du 20 au 24/7 - du 27 au 31/7

*Entourer la ou les semaines choisies

ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Sexe : Taille :
 Adresse : Commune :
 Code postal :

Numéros en cas d'urgence :

Fiche sanitaire : (à remplir obligatoirement)
Fourrir un certificat médical de non-contre indication aux activités physiques et sportives

Médecin traitant : N° de tél :

Précisez s'il s'agit : -D T Polio -D T Coq -Tétracoq -prise polio -Hépatite B	Vaccins pratiqués	Dates Jour/mois/année	Antituberculeuse (BCG)		Autres vaccins Nom du vaccin et date
			Date du 1 ^{er} vaccin :	Date de re vaccination :	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? :

L'enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes,
 rubéole varicelle angines rhumatismes scarlatine
 coqueluche otites asthme rougeole oreillons

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, allergies, hospitalisation, opération, rééducation) :

L'enfant suit-il un traitement ? Si oui, précisez lequel :

Renseignements complémentaires concernant l'enfant :

régime alimentaire particulier :

avec porc sans porc végétarien autres, précisez :

Sait-il nager :

Brevet de natation (25m) oui non oui non



PARENTS

Père (ou tuteur) :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal et commune :
N° de téléphone : Bureau : Portable :
Domicile :
Adresse mail :

Mère (ou tutrice) :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal et commune :
N° de téléphone : Bureau : Portable :
Domicile :
Adresse mail (si différente du père) :

L'enfant est-il couvert par une assurance à responsabilité civile : oui non
NOM de l'assurance N°
Garde juridique de l'enfant confiée : (cocher case correspondante)

- aux deux parents
- à la mère
- au père
- autres :

RÉGIME DE SECURITE SOCIALE

Père :

Régime général n° immatriculation :
 Mutualité sociale Agricole n° immatriculation :

Mère :

Régime général n° immatriculation :
 Mutualité sociale Agricole n° immatriculation :

ALLOCATIONS FAMILIALES C.A.F

N° immatriculation C.A.F (obligatoire) :

AUTORISATION PARENTALE

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul le soir (à la sortie du CLSH) ? oui non

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant....., autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la sortie du CLSH :

Nom et prénom des personnes autorisées	
1-
2-
3-
4-
5-

Les personnes désignées doivent être munies d'une pièce d'identité.

Signature

AUTORISATION DES PARENTS OU DE LA PERSONNE QUI CONFIE L'ENFANT

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame....., père, mère, tuteur de l'enfant.....

- Certifie que les informations fournies sont exactes
- Déclare avoir retourné le coupon réponse du règlement intérieur.
- Autorise :
 - Les interventions médicales et chirurgicales sur mon enfant en cas d'urgence,
 - Mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du C.L.S.H.
 - La prise de photos de mon enfant, ainsi que la publication et la diffusion gratuites des photos (journaux locaux) : oui non

Fait à....., le.....
Signature,