

# Dossier d'inscription Centre de Loisirs SAINT SAUVEUR

**2021**

\*Du 7/7 au 09/7 - du 12 au 16/7 - du 19 au 23/7 - du 26 au 30/7

\*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)

➤ **Fournir un certificat médical de non-contre indication aux activités physiques et sportives**

Médecin traitant : ..... N° de tél : .....

Précisez s'il s'agit :	<b>Vaccins pratiqués</b>	<b>Dates</b> <small>Jour/mois/année</small>	<u>Antituberculeuse (BCG)</u>	<u>Autres vaccins</u>
-DT Polio -DT Coq -Tétracoq -prise polio -Hépatite B			Date du 1 <sup>er</sup> vaccin :	Nom du vaccin et date
			Date de revaccination :	
			<u>Antivariolique</u>	<u>Injection de sérum</u>
			Date du 1 <sup>er</sup> vaccin :	Nature et dates
			Date de revaccination :	

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

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes,

- |                                     |                                    |                                  |                                      |                                     |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rubéole    | <input type="checkbox"/> varicelle | <input type="checkbox"/> angines | <input type="checkbox"/> rhumatismes | <input type="checkbox"/> scarlatine |
| <input type="checkbox"/> coqueluche | <input type="checkbox"/> otites    | <input type="checkbox"/> asthme  | <input type="checkbox"/> rougeole    | <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> avec porc	<input type="checkbox"/> sans porc	<input type="checkbox"/> végétarien	<input type="checkbox"/> autres, précisez : .....
✓ Sait-il nager :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non	
✓ Brevet de natation (25m)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non	

## PARENTS

### Père (ou tuteur) :

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

### Mère (ou tutrice) :

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

## REGIME 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) : .....



