

## FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2019-2020

**ENFANT**

Fille  Garçon

Date de naissance : ...../...../.....

Nom : ..... Prénom : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

Groupe :  3/5 ans  6/10 ans  11/15 ans

**PARENT** Je soussigné(e) Mme, Mr, Nom : ..... Prénom : .....

*Responsable légal de l'enfant cité ci-dessus, inscrit mon enfant pour l'année 2019-2020, et m'engage à régler la participation aux activités auxquelles mon enfant est inscrit(e) ainsi que la carte d'adhérent.*

*Concernant les vacances, paiement à l'inscription obligatoire, possibilité de paiement en deux ou trois échéances.*

*Pour les parents n'ayant pas de n° allocataire CAF, merci de présenter la feuille d'imposition 2018.*

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....

Adresse e-mail : .....

*J'accepte de recevoir les factures du centre de loisirs par e-mail :*

C.A.F  M.S.A N° Allocataire : .....

Montant du QF : ..... € QF : ..... Date de mise à jour : ...../...../..... Nombre d'enfant(s) à charge : .....

**Profession des parents** Mère : ..... Père : .....

- Autorise les responsables de l'Accueil de Loisirs du CSC Ste-Pezenne à prendre toute mesure qu'ils jugeraient utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et ou d'une hospitalisation :  OUI  NON
- Autorise mon enfant à aller à la piscine dans le cadre de l'Accueil de Loisirs :  OUI  NON
- Autorise le CSC de Ste-Pezenne à transporter mon enfant pour les activités de l'Accueil de Loisirs :  OUI  NON
- Autorise mon enfant de plus de 10 ans cité ci-dessus à rentrer seul à la maison :  OUI  NON
- Autorise l'équipe du CSC de Ste-Pezenne à prendre et utiliser des photos dans un cadre pédagogique :  OUI  NON
- Autorise le personnel et les bénévoles du CSC à aller chercher mon enfant à la sortie de l'école :  OUI  NON

• Autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant, après le Centre de Loisirs :

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

*Je reconnais avoir pris connaissance du règlement du règlement intérieur du Centre de loisirs :*

Compléter la fiche sanitaire au verso ⇨

## FICHE SANITAIRE

Centre Socioculturel de Ste-Pezenne

### ENFANT

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garçon  Fille

Nom / Prénom / Adresse des responsables légaux :

1 .....

..... Tél : .....

2 .....

..... Tél : .....

### AUTRES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Médecin traitant :

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Autres personnes :

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

#### Vaccinations obligatoires :

Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite à jour :  
OUI  NON

*Toute vaccination non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès de la P.M.I.*

#### Cocher les maladies que votre enfant a déjà eues :

Angine <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>
Rougeole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>
Oreillons <input type="checkbox"/>	

#### Port de :

Lentilles  lunettes

Prothèses : auditives  dentaires

Autre.....

#### Dispositions particulières :

Si votre enfant, durant son séjour, doit bénéficier d'un traitement médical,

- une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès du directeur de centre
- avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et l'accord des responsables légaux.

### SANTÉ DE L'ENFANT

#### Allergies et/ou troubles alimentaires :

Préciser : ..... Oui  Non

Asthme : ..... Oui  Non

Autre difficulté de santé : Oui  Non

Préciser : .....

P.A.I EXISTANT : ..... Oui  Non

Si réponse positive :

Accueil de Loisirs : fournir au directeur du centre une copie du P.A.I avec le protocole d'urgence et la trousse médicale.

**Ne mange pas de porc**

Allergie médicamenteuse : Oui  Non

Préciser le médicament

### COUVERTURE SOCIALE - ASSURANCE

N° de Sécurité Sociale : .....

Centre payeur : C.P.A.M  M.S.A

Autre.....

*Je soussigné(e) .....responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.*

Date : .....

Signature :