

## FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2017-2018

ENFANT :

Sexe :  F /  M

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

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

*Responsable légal de l'enfant cité ci-dessus, inscrit mon enfant aux activités nommées ci-dessous pour l'année 2016-2017, et m'engage à régler la participation aux activités auxquelles mon enfant est inscrit(e) ainsi que la carte d'adhérent. Pour les stages, séjours petites et grandes vacances, paiement à l'inscription obligatoire, possibilité de paiement en deux ou trois échéances. Pour les parents qui n'ont pas de quotient familial, possibilité d'en établir un en présentant la feuille d'imposition 2016.*

Adresse : .....

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

Tél domicile : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Tél portable : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ Tél travail : \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Adresse e-mail : .....

<input type="checkbox"/> 3/5 ans	<input type="checkbox"/> 6/7 ans	<input type="checkbox"/> 8/11 ans	<input type="checkbox"/> 11/15 ans	<input type="checkbox"/> 15/17 ans
N° Carte adhésion :		<input type="checkbox"/> Adhésion individuelle : 5€	<input type="checkbox"/> Adhésion familiale : 10€	
<input type="checkbox"/> C.A.F		N° Allocataire :		
Montant du QF :	QF :	Date de mise à jour :		
Ecole fréquentée :		Classe fréquentée :	Nombre d'enfant(s) à charge :	
Profession des parents		père :	mère :	

Activité 1 :	Activité 2 :
Activité 3 :	Activité 4 :

- 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 :

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

À Niort, le : ...../...../.....

Signature :

**Joindre obligatoirement : les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant**

**Et penser à remplir 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

*Joindre la photocopie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat attestant les vaccinations.*

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

#### Maladies :

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 :