

FICHE D'INSCRIPTION de L'ENFANT 2019-2020

➤ **ENFANTS :**

Nom : Prénom :
 Sexe : M F Date de naissance : / /
 Ecole fréquentée : Classe :

➤ **PARENTS :**

QF de la famille : N° Allocataire CAF :
 N° de Sécurité Sociale :
 Nom de la compagnie d'assurance et n° de contrat :

✓ Relevez-vous du régime général de la CAF : oui non
 Si autre régime, préciser l'organisme et le numéro d'affiliation :
 J'autorise la direction à consulter CDAP pour accéder aux données allocataires : oui non

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse CP / Ville		
 domicile		
 portable		
 travail		
Nom et adresse de votre employeur		
Nom et téléphone d'une tierce personne		
@ Contact Mail		

✓ Je souhaite recevoir des informations par mail (factures, programmes,...) : oui non

✓ J'autorise mon enfant à rentrer seul (10 ans minimum) : oui non

Liste des adultes autorisés à venir chercher mon enfant :

✓ **Je soussigné(e) père, mère, tuteur :**

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du Centre et du règlement intérieur
- Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par le centre
- M'engage à payer tous les frais d'inscriptions / adhésion indiqués, ainsi que les frais de séjours, déduction faite des aides auxquelles j'ai droit selon les modalités indiquées dans le règlement intérieur
- Autorise le directeur à prendre toutes mesures d'urgence en cas de maladie ou d'accident et m'engage à rembourser le montant des frais médicaux
- Autorise le centre à photographier mon enfant et à diffuser éventuellement les photos prises pour un usage interne au Centre

Fait à Le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2019/2020



AGE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Adresse :

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie, tétanos, polio, coqueluche			
ROR			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 marquée au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS

DIFFICULTES DE SANTE PARTICULIERES (maladies, accidents, allergies, crises convulsives, asthme, opérations... précisez les dates) :

RECOMMANDATIONS UTILES (si l'enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires... préciser) :

Medecin traitant

Nom:

Telephone :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(é)

Nom :

Prénom :

Téléphones

N° SS

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, rapatriement) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Régime alimentaire

Autorise mon enfant

à quitter seul le Centre d'Animation

à quitter le Centre d'Animation accompagné (e) de

Signature :