



# Fiche d'inscription

## ETAT CIVIL DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Age

Classe :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

L'enfant sait nager :  oui

non

## RESPONSABLE LEGAL DU PARTICIPANT

PERE

MERE

PERE ET MERE

TUTEUR

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro d'Allocation CAF :

Montant du Quotient Familial :

| PERE  |         | MERE                 |         |
|---|---------|----------------------|---------|
| Nom :   |         | Nom :                |         |
| Prénom :  |         | Prénom :             |         |
| Adresse :                                       |         | Adresse :            |         |
| Code Postal :                                   | Ville : | Code Postal :        | Ville : |
| Profession :                                    |         | Profession :         |         |
| Téléphone domicile :                            |         | Téléphone domicile : |         |
| Téléphone travail :                             |         | Téléphone travail :  |         |
| Téléphone portable :                            |         | Téléphone portable : |         |
| Adresse Email :                                 |         | Adresse Email :      |         |
| Autres Personnes à contacter en cas d'urgence : |         |                      |         |
| Tél :   |         |                      |         |

Adresse de facturation :

|                    |       |             |
|--------------------|-------|-------------|
| MEDECIN DE FAMILLE | Nom : | Téléphone : |
|--------------------|-------|-------------|

Je soussigné(e) Mme, Mr \_\_\_\_\_ agissant en qualité de responsable légal de l'enfant autorise mon fils, ma fille, après avis médical à participer à toutes les activités organisées par le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon et autorise le Directeur, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident à prendre toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales y compris l'hospitalisation, dans un établissement public.

J'autorise / Je n'autorise pas (1) mon enfant mineur, à quitter seul le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon, et décharge le personnel de toute responsabilité après son départ. J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement.

J'autorise / Je n'autorise pas (1) le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon à utiliser les images photographiques et vidéos de mon enfant, prises dans le cadre du fonctionnement du centre pour illustrer les activités et les différents supports de communication de la structure.

J'autorise / Je n'autorise pas (1) le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon à consulter CAF PRO pour m'appliquer le tarif correspondant à mon quotient familial.

J'autorise / Je n'autorise pas (1) le Centre de Loisirs Intercommunal du Haut Lignon à transporter mon enfant dans le minibus de la CCHL dans le cadre des activités du Centre.

Nom et signature  
du Responsable Légal :

(1) Rayer les mentions inutiles.



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie                 |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos                   |     |     |                            | Haemophilus                |       |
| Poliomyélite              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
|                           |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
|                           |     |     |                            | Pneumocoque                |       |
|                           |     |     |                            | BCG                        |       |
|                           |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :