

AIRBUS N°:

# FICHE D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

ALLOCATAIRE  
N° CAF/MSA :

Nom et Prénom de l'enfant

Photo

Coefficient :

Age : .....

Date de naissance : .....

Classe fréquentée : .....

Nom et Prénom de la mère : .....

Adresse .....

Numéro de téléphone du domicile .....

Numéro de Portable .....

Mail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Numéro de téléphone professionnel : .....

Numéro de sécurité sociale :

Nom et Prénom du père : .....

Adresse .....

Numéro de téléphone du domicile : .....

Numéro de portable : .....

Mail : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Numéro de téléphone professionnel : .....

Numéro de sécurité sociale :

Situation du foyer :

Célibataire

Vie Maritale

Mariés

Veuf/Veuve

Séparés

**Personnes domiciliées dans le logement**

Nom prénom	Lien familial	Date de naissance	Observations particulières

**AUTORISONS**

(Merci de cocher les propositions avec lesquelles vous êtes d'accord)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, .....  
autorise mon fils, ma fille :

- à participer aux différentes activités proposées dans le cadre du Centre de loisirs (sortie, transport...)

**Contre-indication** : .....  
.....

- à être pris en photo et accepte que celles-ci soient exposées
- à repartir seul(e) (à partir de 10 ans)
- à repartir avec les personnes suivantes (de plus de 16 ans)

- Nom prénom : Parenté :

Tel :

- Nom prénom : Parenté :

Tel :

- Nom prénom : Parenté :

Tel :

Je soussigné(e), .....

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Les parents attestent également avoir lu et approuvé le règlement.

Date :

Signatures des parents.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

*Pour le bon déroulement du séjour, des informations médicales propres à chaque enfant doivent être portées à la connaissance de l'équipe d'encadrement. Cette fiche constitue un modèle des renseignements à collecter.*

Centre de vacances - camp de scoutisme-centre de loisirs

Centre :

### I. Enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : garçon    fille    Date de naissance : .....Sait-il nager ?    oui    non

Nom et coordonnées du médecin traitant :

**RAPPEL** : un certificat médical d'aptitude à la pratique des activités physiques et sportives est exigé pour les séjours qui en proposent (sauf baignade et promenade)

**II. Vaccinations** : (remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé. voir 1)

VACCINS	Dates du dernier rappel
Hépatite B	
Polio	
Diphtérie	
Tétanos	
Coqueluche	
Hémophilus B	
Rougeole	
Oreillon	
Rubéole	
BCG	
Autres vaccins	

### III. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a-t-il déjà eu les pathologies suivantes, voir 1 :

Rubéole Non Oui	Varicelle Non Oui	Angines Non Oui	Rhumatismes Non Oui	Scarlatine Non Oui	Allergies Non Oui
Coqueluche Non Oui	Otites Non Oui	Asthme Non Oui	Rougeole Non Oui	Oreillons Non Oui	

Ref : arrêté n°06-3425/GNC du 07 septembre 2006

page 1/2

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, voir 1)

\_\_\_\_\_ du ..... au .....  
\_\_\_\_\_ du ..... au .....

**IV- Recommandations des parents :**

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? non      oui

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, vous devez **impérativement** fournir les médicaments et **impérativement** joindre l'ordonnance qui devra être explicite. Celui-ci sera administré par le responsable sanitaire du centre, responsable de la pharmacie inaccessible aux mineurs.

L'enfant mouille-t-il son lit ?                      non                      occasionnellement                      oui  
S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?      non                      oui

**V-Tuteur légal de l'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (où l'on peut vous joindre pendant la période du séjour) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone : domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

N°CAFAT/RUAM : \_\_\_\_\_ Mutuelle : \_\_\_\_\_

N° Aide médicale : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

N° COJH ou CORH : -----

**(1)ces rubriques ne sont pas obligatoires s'il est fourni un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité certifiant que l'enfant est à jour de ses vaccinations**

Je soussigné, (nom prénom) ----- tuteur légal de l'enfant \_\_\_\_\_ ( nom, prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter l'enfant à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état de l'enfant, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris l'anesthésie générale.

**J'attire votre attention sur l'importance de disposer des renseignements exacts et complets pour le meilleur service, accueil et suivi auprès de votre enfant.**

Date :  
légal de l'enfant :

Signature du tuteur

disposer la mention « lu et approuvé »

**Partie réservée à l'organisateur**

Lieu du centre de vacances :  
\_\_\_\_\_

Départ le : \_\_\_\_\_ arrivée le \_\_\_\_\_

# AUTORISATIONS

Je soussigné(e) .....autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant.....lors des activités du centre de loisirs.

J'autorise mon enfant.....a être maquillé lors des activités de théâtre, de cirque, de mîmes, de carnaval...

Je n'autorise pas mon enfant être pris en photo

Je n'autorise pas mon enfant a être maquiller

J'autorise mon enfant.....à faire des balades à vélos dans le cadre du centre de loisirs

Je n'autorise pas mon enfant à faire des balades à vélos

Je soussigné(e) .....autorise

.....en qualité de.....

.....en qualité de .....

.....en qualité de.....

à récupérer mon enfant aux heures de sorties du centre de loisirs.

Date ;

Signatures du ou des responsables de l'enfant

