

# Dossier d'inscription



## Enfant

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Age : Sexe :  Garçon  Fille  
Ecole fréquentée : Classe :

## Famille

Adresse complète :

Téléphone domicile :

Email :

Département Haute-Loire :  oui  non

Communauté de communes :  oui  non

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Régime :  CAF  MSA  Autre

N° d'allocataire :

Quotient familial :

Date						
QF						

Assurance :

N° de police :

	Père	Mère
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Lieu :		
Nationalité :		
Mobile :		
N° de sécurité sociale :		
Profession :		
Société :		
Téléphone professionnel :		
Autorité parentale :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse et téléphone domicile si différent de la précédente		

L'enfant est inscrit sous le N° de sécurité sociale :  de sa mère  de son père

## Santé

L'enfant fait-il la sieste en début d'après-midi ?

oui

non

Recommandations (doudous, change,...).....  
.....

L'enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique (sans porc, sans viande, allergies,...) ?

oui

non

Si oui, lequel ?

.....  
.....

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.*

### VACCINATIONS

Merci de joindre **impérativement** la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

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

### ALLERGIES

Alimentaires

oui

non

Médicamenteuses

oui

non

Autres (animaux, plantes, pollen)

oui

non

Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

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

**HOSPITALISATIONS, ANTECEDENTS MEDICAUX, MALADIES CONTRACTEES** (*asthme, varicelle, rubéole, coqueluche, eczéma, rougeole,...*)

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

### MEDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Spécialité :

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

(*Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil,...*)

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

## Contacts en cas d'absence des parents ou du responsable légal :

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant	Contacts en cas d'urgence	Autoriser à venir chercher l'enfant
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Autorisations

- Mesures en cas d'urgence  oui  non
- Hospitalisation  oui  non
- Centre hospitalier :
- Participation aux activités  oui  non
- Photographies et films  oui  non
- Déplacement dans le cadre des activités  oui  non
- Partir seul de l'accueil de loisirs  oui  non
- Si oui, heure de départ de la structure :

## Autorisation parentale

A signer obligatoirement, votre enfant ne pourrait être accueilli en l'absence de cette autorisation.

Je soussigné(e) Madame, Monsieur ..... père, mère, tuteur (rayer mention inutile) :

- ✓ déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre et du règlement concernant le paiement du séjour,
- ✓ certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- ✓ m'engage à payer tous les frais de séjour, déduction faite des aides auxquelles j'ai droit, ainsi que les frais d'inscription/d'adhésion indiqués,
- ✓ autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs autorisées par la réglementation,
- ✓ autorise le directeur à prendre toute les mesures qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents,
- ✓ autorise l'association à utiliser des supports photos/vidéos où apparaît mon enfant dans le cadre de la promotion de ses activités.

Fait à ....., le .....

Signature, précédée de la mention "lu et approuvée"