

# Dossier d'inscription



## Enfant

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Age : Sexe :  Garçon  Fille  
Ecole fréquentée : Classe :  
N° de sécurité sociale :  celui de sa mère  celui de son père

## Famille

Adresse complète :

Téléphone domicile :

Email :

Département Haute-Loire :  oui  non

Communauté de communes :  oui  non

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

Régime :  OCAF  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="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Adresse et téléphone domicile si différent de la précédente		

## 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 la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Haemophilus	
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rubéole Oreillon Rougeole	
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres	

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 :

**GROUPE SANGUIN : .....**

## 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="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Autorisations

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

### 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"