

DOSSIER D INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

CADRE RESERVE AU CSC

CSC LES CHEMINS BLANCS



N° adhérent :
Allergies / PAI
Photos.....
Pers interdites
Régime alimentaire

ANNEE 2020 / 2021

Nom et Prénom de l'enfant.....

Date de Naissance..... ECOLE.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

PARENT 1 (titulaire de l'autorité parentale)

Nom
Prénom..... Né le
Adresse :
.....
Téléphone domicile.....
Profession
Téléphone bureau.....
Portable.....
Mail.....

PARENT 2 (titulaire de l'autorité parentale)

Nom
Prénom..... Né le
Adresse :
.....
Téléphone domicile.....
Profession
Téléphone bureau.....
Portable.....
Mail.....

En cas de garde alternée, veuillez préciser la répartition du type de garde

En cas de garde exclusive, veuillez nous préciser le nom du parent responsable de la garde

SITUATION FINANCIERE

Numéro d'allocataire CAF :QF ou MSA
ou Revenus et Nbre de part :

IMPORTANT : Sans informations relatives au calcul du quotient familial, nous nous verrons dans l'obligation d'appliquer le tarif maximum lors de la facturation.

AUTORISATIONS PARENTALES

Déplacement :

Je soussigné (e) autorise mon enfant à participer à toute activité nécessitant un déplacement à pied, en bus de ville, en bus, en mini bus ou dans la voiture d'un membre du personnel assuré à cet effet

J'autorise le personnel du CSC à récupérer mon enfant à la sortie de l'école les mercredis Oui Non

Personnes autorisées ou interdites à venir chercher l'enfant

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone	Autorisé	Interdit (avec justificatif)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

1 – VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI		NON		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie					Complète VACC	Hépatite B	
Tétanos						Rubéoles Oreillons Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
Ou DT Polio						Autres (préciser)	
Ou Tétracoq							
BCG :					<i>Vaccination non obligatoire depuis le décret n° 2007-1111 du 17/07/2007</i>		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2- RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALLERGIES	
			ASTHME	OUI NON
			MEDICAMENTEUSES	OUI NON
			ALIMENTAIRES	OUI NON
			AUTRES	

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler).

INDIQUEZ CI-APRES : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

.....
.....

NOM et ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (JOINDRE L'ATTESTATION)

N° de Sécurité Sociale
.....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

3 – AUTORISATION

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce de prévenir les parents, le plus rapidement possible. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le Centre pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

- Nous autorisons, au préalable, toute intervention chirurgicale jugée nécessaire par les médecins du fait de l'état de santé de mon enfant, **pour le cas où aucun des deux parents ne pourrait être joint en temps utile pour être présent ou pour consentir à cette intervention.**
- Nous autorisons le Centre, **en cas d'indisponibilité absolue des deux parents**, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé.

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

Fait àle...../...../..... Signature des parents :