

# FICHE D'INSCRIPTION 2024

**Nom de l'enfant**..... Prénom.....  
 Né(e) le..... Age.....  
 Classe..... Et.scolaire.....

**Nom du père**..... Prénom.....  
 Date de naissance.....  
 Employeur..... Profession.....

**Nom de naissance de la mère**..... Prénom.....  
 Date de naissance.....  
 Employeur..... Profession.....

N° de SS..... Caisse.....  
 Régime allocataire : général  MSA  Fonction publique  Autre.....

N° d'allocataire..... Caisse.....  
**Situation de famille** : mariés  Séparé(e)  Divorcé(e)  Célibataire   
 Concubinage  Pacsés  Veuf(ve)

Nombre d'enfants encore à charge ..... Nombre d'enfants du ménage au total.....

**Adresse**.....  
 .....

**Nom du médecin traitant**..... N° Tél.....

Personnes autorisées à récupérer l'enfant	Nom Prénom	Lien de parenté
-		
-		

Votre enfant mange-t-il sans viande ?      Oui       Non   
 Votre enfant mange-t-il du porc ?      Oui       Non   
 Votre enfant repart-il seul ?      Oui       Non

Je soussigné(e) M.....responsable de l'enfant inscrit ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et

**Autorise**  **N'autorise pas**

La direction à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant

**Autorise**  **N'autorise pas**

Le centre social à photographier et/ou à filmer mon enfant et à diffuser les images dans les différents supports de communication de la structure.

J'autorise, en outre, mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par le centre de loisirs

**Objets de valeur** : les enfants ne doivent pas apporter d'objets de valeur ; en cas de perte ou de vol, le personnel du Centre de Loisirs ne pourra pas être tenu pour responsable de leur disparition.

domicile.....liste rouge

.....

travail..... voisin ou autre (à préciser) .....

E.Mail.....

A Quiévrechain le .....

Signature





L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME      oui  non   
ALIMENTAIRES      oui  non

MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I (projet d'accueil individualisé)** en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES :** oui  non

**DES LUNETTES :** oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**DES PROTHÈSES AUDITIVES :** oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE :** oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)**

.....  
.....

**4- AUTORISATIONS**

**J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :** oui  non

**J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées :** oui  non

**Autorisation de transport en véhicule de service et car de location :** oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**NOM** ..... **PRÉNOM** .....

**ADRESSE**.....

**TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :** ..... **BUREAU :** .....

**NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)**.....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

**Date :**

**Signature :**