

Fiche d'inscription aux activités ENFANCE/JEUNESSE (juillet 2021/juin 2022)

L'inscription de votre enfant aux activités proposées par le centre social implique l'acceptation du règlement intérieur.
Les données inscrites sur cette fiche seront utilisées exclusivement par le centre social Croix Mercier et ne seront pas divulguées.

| | <i>Enfant 1</i> | <i>Enfant 2</i> | <i>Enfant 3</i> |
|--|--|--|--|
| Nom | ..... | ..... | ..... |
| Prénom | ..... | ..... | ..... |
| Date de naissance | ..... | ..... | ..... |
| Sexe | <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon | <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon | <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon |
| Régime alimentaire | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Végétarien | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Végétarien | <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Végétarien |
| Autorisation photos/vidéos* | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autorisation rentrer seul (10 ans et +) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Personnes autorisées à récupérer les enfants en dehors des représentants légaux : | | | |
| Nom/Prénom/Tél/Lien | ..... |  |  |
| Nom/Prénom/Tél/Lien | ..... |  |  |

* Les représentants légaux des enfants nommés ci-dessus, autorisons les représentants du centre social Croix Mercier à prendre mon enfant en photo/vidéo, et à les utiliser pour publication (Site internet de l'association et tout support d'information relatif à la promotion des activités de l'association).

| | <i>Représentant légal 1</i> | <i>Représentant légal 2</i> |
|---|--|--|
| Nom / Prénom | ..... | ..... |
| Adresse postale Code postal Ville | ..... ..... ..... |  |
| Coordonnées téléphoniques | Fixe : Travail : Portable : | Fixe : Travail : Portable : |
| E-mail (réception de la facture obligatoire par email) |@..... <input type="checkbox"/> j'accepte de recevoir 1f/mois infos du centre social |@..... <input type="checkbox"/> j'accepte de recevoir 1f/mois infos du centre social |
| Situation familiale | <input type="checkbox"/> Seul avec enfant(s) <input type="checkbox"/> En couple avec enfant(s) | |
| Situation professionnelle | <input type="checkbox"/> Salarié : profession : Employeur : | <input type="checkbox"/> Salarié : profession : Employeur : |
| | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Allocataire RSA <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Allocataire RSA <input type="checkbox"/> Autre : |
| Quotient familial |(fournir une attestation CAF ou un avis d'imposition) | |
| Régime allocataire | <input type="checkbox"/> Régime général (CAF)° : n°allocataire CAF : <input type="checkbox"/> Régime agricole (MSA)° : n° sécurité sociale : | |

Adhésion (d'un montant de 15,00 € valable pour tous les membres de la même famille)

| | | |
|---------------------------|---|---|
| De sept. 2020 à aout 2021 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Adhérent à : <input type="checkbox"/> CS Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD |
| De sept. 2021 à aout 2022 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Adhérent à : <input type="checkbox"/> CS Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD |

Date :/...../..... **Signature du/des représentant(s) légal/légaux :**



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :