

# Fiche d'inscription

## ENFANCE JEUNESSE

### Année scolaire 2018-2019

Cadre réservé au CSC

**Cotisation / Adhésion Individuelle 3€**

(valable 1 an (septembre à Aout) sur toutes les activités du Centre Socioculturel)

Réglée le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Chèque  Espèces

Parent 1

Parent 2 (ou lieu d'accueil)

NOM .....

Prénom .....

Adresse .....

Code postal .....

Ville .....

Téléphone (domicile) .....

Adresse Mail .....

Téléphone (travail) .....

Téléphone (portable) .....

Allocataire (merci de cocher la case) : CAF  MSA  Autre

N° d'allocataire : ..... Quotient familial : .....

Merci de présenter le justificatif

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom..... Prénom.....

Lien avec l'enfant : ..... N°téléphone : .....

Si différente du Parent 1 :

Enfant / Jeune : Fille  Garçon

NOM.....

Prénom.....

● Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

● Ecole / Collège fréquenté

(nom et commune) :

.....

● Classe : .....

.....

Le cas échéant :

● Téléphone portable :

.....

● Adresse mail :

.....

#### AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant..... autorise le responsable du séjour/ de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursés par la Sécurité Sociale.

**Signature :**

#### DROIT A L'IMAGE

J'autorise le Centre Socioculturel des Coteaux du Layon à utiliser l'image de mon enfant et à la diffuser (presse, internet, support de communication). En aucun cas l'image ne portera atteinte à la dignité de l'enfant, l'objectif étant de valoriser son action. Oui  Non

**Signature :**

#### COVOITURAGE

J'accepte que mes coordonnées soient partagées avec d'autres parents pour faciliter le covoiturage

Oui  Non

**Signature :**

#### AUTORISATIONS DE SORTIES

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant.....

- Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités :  Oui  Non  Oui, uniquement sur la commune de .....

- Autorise M. ou Mme..... à récupérer mon enfant

- Autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport nécessaires aux déplacements des activités : car, minibus, véhicule des animateurs.

Oui  Non

En cas de séparation des parents, n'hésitez à nous demander une facturation partagée en fonction du calendrier de garde. Nous pouvons également vous fournir des attestations fiscales

⚠ S'il manque des informations ou des signatures, la fiche ne sera pas valide et par conséquent l'enfant ne pourra être inscrit.

Fait à Thouarcé, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature :**

# Fiche sanitaire de liaison valable de septembre à août

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT/JEUNE :  
.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....  
 .....

REGIME ALIMENTAIRE :

Classique     Végétarien     Sans Porc     Autres : .....

## VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication).

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune suit-il un traitement médical ?     OUI     NON

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom du jeune avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Allergies :

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Scarlatine		
Coqueluche			Rougeole		
Varicelle			Otite		
Angine			Oreillons		
Rhumatisme					

	Asthme	Médicaments	Alimentaires	Autres
OUI				
NON				

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé du jeune (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

## RECOMMANDATIONS UTILES

Le jeune porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ou tout autre renseignements que vous jugerez utiles.

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