

Site internet : <http://ileauxloisirs.fr>
Tél : 04 73 39 18 08
Mail : clsh.saint-saturnin@wanadoo.fr

Centre de loisirs de Saint Saturnin

Association loi 1901 à but non lucratif



ENFANTS :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE	CLSH Matin	CLSH Soir	CLSH Midi	CLSH TAP	CLSH Mercredi
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Non

Adresse :

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

RESPONSABLES LEGAUX :

Mère

Autorité parentale Oui Non

Nom de jeune fille : Prénom.....

Situation familiale..... Réception facture Oui Non

Adresse (si différente des enfants) :

.....
.....

Tel Domicile : Tel pro : Portable :

Adresse mail :@.....

Employeur :

Sécurité sociale (joindre attestation carte vitale) :

Régime général MSA Autres (CAMIEG...) Maritime

Quotient familial : (Joindre attestation familiale)

Père

Autorité parentale Oui Non

Nom : Prénom.....

Situation familiale..... Réception facture Oui Non

Adresse (si différente des enfants) :

.....
.....

Tel Domicile : Tel pro : Portable :

Adresse mail :@.....

Employeur :

Sécurité sociale (joindre attestation carte vitale) :

Régime général MSA Autres (CAMIEG...) Maritime

Quotient familial : (Joindre attestation familiale)

ASSURANCE

Compagnie d'assurance :

N° de contrat :

Diffusion :

Je donne mon accord à la diffusion :

- De l'enregistrement audiovisuel de mon/mes enfant(s) OUI NON
- Des photographies de mon/mes enfant(s) prises lors des activités OUI NON
- Les enregistrements sonores de sa voix OUI NON
- Les créations réalisées par mon/mes enfant(s) OUI NON

NB : la diffusion d'images et vidéos peuvent se faire sur différents supports média, toujours en photos de groupe

Autorisations :

Autorisez-vous votre/vos enfant(s) à participer à toutes les activités proposées (y compris hors des locaux du centre de loisirs) ? OUI NON

Autorisez-vous votre/vos enfant(s) de plus de 6 ans à regagner librement votre domicile ? OUI NON

Autorisez-vous votre/vos enfant(s) à utiliser le bus ? OUI NON

Autorisez-vous votre facture vous soit adressée par email ? OUI NON

- Si oui, adresse mail
.....@.....

Responsables désignés ou personnes habilités pour la prise en charge de(s) l'enfant(s) en cas d'absence des parents :

NOM / PRENOM	Lien avec l'enfant	Tél domicile	Tél pro ou portable	A appeler en cas d'urgence *	Autorisé à prendre l'enfant *

(*Inscrire OUI ou NON)

FICHE SANITAIRE : UNE PAR ENFANT

Médecin traitant : (nom, adresse et téléphone) :

.....
.....

En cas d'urgence, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital, la famille étant immédiatement avertie.

J'autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Signature :

RECOMMANDATIONS : (lunettes, appareil dentaire...)

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

MALADIES (avec ou sans traitement) Précautions à prendre :

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

ALLERGIES OU PARTICULARITES

ASTHME OUI / NON

ALLERGIE ALIMENTAIRE OUI / NON Précisez

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE OUI / NON Précisez

PAI OUI / NON

Précisez la conduite à tenir selon ses particularités :

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

VACCINATIONS ET MALADIES INFANTILES :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE				HEPATITE B	
TETANOS				ROR	
POLYOMYELITE				COQUELUCHE	
Ou DT POLIO				AUTRES	
Ou TRETRACOQ					
BCG/Monotest					

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

Entourer les maladies déjà contractées par votre enfant :

RUBEOLE	ANGINE	Rhumatisme Articulaire Aigu	OTITE	OREILLONS
VARICELLE	SCARLATINE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	