



ENFANTS :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE	CLSH Matin	CLSH Soir	CLSH Midi	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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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 (*Inscrire OUI ou NON) :

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

Je soussigné (e).....

reconnais avoir pris connaissance du règlement du CLSH (disponible sur le site internet et sur place) et l'accepter. Le présent règlement est établi pour l'année scolaire et sera révisable à chaque rentrée scolaire.

Fait à, le

Signature du(es) parent(s)
ou tuteur légal

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	