

FICHE INSCRIPTION 2019-2020

CENTRE DE LOISIRS

De 6 à 13ans

NOEL : Du 23 au 27 décembre 2019 & Du 30 décembre au 3 janvier 2020

Horaires : Accueil de 8h30 à 9h30 – Départ des enfants de 16h45 à 17h30.

Tarifs : 8€ la journée pour les adhérents et 12€ pour les non adhérents.

LUNDI 23	-	JEUDI 26	-	VENDREDI 27	(entourer les jours de présence)
LUNDI 30	-	JEUDI 2/01	-	VENDREDI 3	(entourer les jours de présence)

ADHÉRENT : **OUI** - **NON** (barrer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Date de naissance: N° sécurité social :

Adresse:

Code Postal: Ville:

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

☎ :

📧 :

Responsable légal 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

☎ :

📧 :

En cas d'accident prévenir : mère père

autre (nom - prénom - téléphone):

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après la journée « sports-vacances » et décharge l'association de toute responsabilité OUI NON

J'autorise les responsables à photographier mon enfant dans le cadre des activités « sports-vacances » OUI NON

- Règlement acquitté dès le premier jour de présence.**
- Prévoir repas du midi annoté de son NOM et Prénom.**
- Date limite d'inscription le 18/12/19.** (Pas de remboursement en cas de désistement après cette date)

Limoges, le ___ / ___ / ___

Signature :

RESERVÉ RESPONSABLES

Date de la fiche sanitaire de liaison :

Montant total du stage :€

<input type="checkbox"/> Chèque(s) : (montant)	<input type="checkbox"/> Espèces (montant et date)
	<input type="checkbox"/> Carte bancaire (montant et date)
<input type="checkbox"/> Chèque ANCV (nombre et montant)	<input type="checkbox"/> Tickets CAF (nombre et montant)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILISÉS PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

	VACCINS PRATIQUES		DATES	
<i>Précisez s'il s'agit :</i>				
Du DT polio	
Du DT coq	
Du Tétracoq	
D'une prise polio	RAPPELS		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	DATES
1 ^{er} VACCIN	____/____/____	____/____/____
REVACCINATION	____/____/____	1 ^{er} RAPPEL	____/____/____

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	____/____/____
.....	____/____/____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>				

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. N° DE DOMICILE BUREAU
 TEL

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

Cachet de l'Organisme (siège social)

LIEU DU SEJOUR :

 ARRIVEE LE ____/____/____
 DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

