

# FICHE INSCRIPTION 2019-2020

## CENTRE DE LOISIRS

### De 6 à 13ans

**HIVER : Du 2 mars au 6 mars 2020**

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

(Entourer les jours de présence)

LUNDI 2	- MARDI 3	- MERCREDI 4	- JEUDI 5	- VENDREDI 6	
<b>TARIFS</b>	1 jour	2 jours	3 jours	4 jours	5 jours
ADHÉRENT	11€	20€	28€	34€	40€
NON- ADHÉRENT	15€	28€	40€	50€	60€

**ADHÉRENT D'UNE ACTIVITÉ :** OUI - NON (barrer la mention inutile)  
**PREMIÈRE PARTICIPATION AU CENTRE DE LOISIRS CETTE SAISON:** OUI - NON

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 :  
 ☎ :  
 📧 : \_\_\_\_\_

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

J'autorise les responsables à photographier mon enfant dans le cadre des activités « centre de loisirs »  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 19/02/20.** (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 UTILILES 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  GARCON   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)*

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

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	DATES	VACCIN	DATES
REVACCINATION	DATES	1 <sup>er</sup> RAPPEL	DATES

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 :

RUBECLE	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 ? .....

SIL'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 SIL 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**

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)  
 .....  
 .....  
 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)

.....