

CENTRE DE LOISIRS  
COMMUNE DE CASTELNAU-MONTRATIER

FICHE D'INSCRIPTION

---

Représentant légal (Père, Mère, Tuteur)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél.domicile : ..... Tél.portable : .....

Tél. de la personne à joindre en cas d'urgence.....

Père : Nom : ..... Prénom : .....

Né le : ..... Portable : .....

Profession : ..... Tél.travail : .....

Employeur : .....

Mère : Nom : ..... Prénom : .....

Né le : ..... Portable : .....

Profession : ..... Tél.travail : .....

Employeur.....

1<sup>er</sup> enfant : Nom : .....  
Prénom : .....  
Né le : ..... à ..... Age à la date d'inscription : .....  
Ecole fréquentée : ..... classe : .....  
Assurance individuelle accident : OUI - NON / MAE formule :  
..... autre : .....  
R e m a r q u e s   o u   p o i n t s   d ' a t t e n t i o n s :  
.....  
.....

2<sup>ème</sup> enfant : Nom : .....  
Prénom : .....  
Né le : ..... à ..... Age à la date d'inscription : .....  
Ecole fréquentée : ..... classe : .....  
Assurance individuelle accident : OUI - NON / MAE formule :  
..... autre : .....  
R e m a r q u e s   o u   p o i n t s   d ' a t t e n t i o n s :  
.....  
.....

3<sup>ème</sup> enfant : Nom : .....  
Prénom : .....  
Né le : ..... à ..... Age à la date d'inscription : .....  
Ecole fréquentée : ..... classe : .....  
Assurance individuelle accident : OUI - NON / MAE formule :  
..... autre : .....  
R e m a r q u e s   o u   p o i n t s   d ' a t t e n t i o n s :  
.....  
.....

4<sup>ème</sup> enfant : Nom : .....  
Prénom : .....  
Né le : ..... à ..... Age à la date d'inscription : .....  
Ecole fréquentée : ..... classe : .....  
Assurance individuelle accident : OUI - NON / MAE formule :  
..... autre : .....  
R e m a r q u e s   o u   p o i n t s   d ' a t t e n t i o n s :  
.....  
.....

N° allocataire

CAF : ..... quotient familial : .....

MSA : ..... quotient familial : .....

Autres (à préciser) : ..... quotient familial : .....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (nom, prénom).....

.....

responsable des enfants (noms et prénoms des enfants).....

.....

.....

autorise les responsables du CLSH à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à .....le.....

Signature

Si vous souhaitez que vos enfants viennent et partent du CLSH non accompagné par un adulte ou si vous souhaitez que vos enfants rejoignent une activité sans votre présence veuillez remplir l'autorisation qui se trouve au recto. (Si celle-ci n'est pas remplie le centre s'octroie le droit de refuser votre enfant).

Tournez SVP



**AUTORISATION PARENTALE EN CAS DE DEPLACEMENT DE MES ENFANTS NON ACCOMPAGNE D'UN ADULTE**

*Cette autorisation est à remplir si vos enfants viennent et partent du CLSH non accompagné par un adulte ou si vous souhaitez que vos enfants rejoignent une activité sans votre présence.*

Je soussigné (nom, prénom)

.....  
autorise mes enfants (nom et prénoms des enfants concernés par cette autorisation).....  
à venir et partir seul du CLSH

J'autorise également mes enfants (noms et prénoms des enfants concernés par cette autorisation).....  
.....  
se rendre seul à l'activité.....qui se déroule (lieu et horaire de l'activité).....  
.....

En aucun cas le CLSH ne pourra être tenu responsable des accidents survenus entre le CLSH et le lieu de destination de l'enfant.

Fait à ..... Le .....

Signature



**MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS**  
Code de l'Action Sociale et des Familles

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARCON

FILLE

DATES ET TYPES DU OU DES SEJOURS :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeoles-Oreillons-Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui  Non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**.

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

---

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...      PRECISEZ.

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

---

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....      PRENOM : .....  
ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR).....

.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....      BUREAU : .....

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (Facultatif).....

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**En cas de renvoi pour raison d'inadaptation, nous nous engageons à prendre en charge les suppléments dus au retour individuel.**

**Date:**

**Signature :**

**AUTORISATION DE SORTIR DE L'ACCUEIL**  
**PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE**  
**Avec une personne autre que les parents**

Je soussigné ..... autorise mon enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

A sortir de l'accueil avec :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° Téléphone : .....

Fait à Castelnau-Montratier, le .... / .... / .....

Signature :

---

**COMMUNE DE CASTELNAU-MONTRATIER (Lot)**  
**ACCUEIL DE LOISIRS**

**AUTORISATION DE PRENDRE DES PHOTOS**

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant :

NOM : .....

Prénom : .....

- autorise

- n'autorise pas

que l'Accueil de Loisirs prenne mon enfant en photos pendant les activités.

Fait à ....., le ...../...../.....

SIGNATURE