



Centre de Loisirs Fiche d'inscription

PHOTOS

Enfant

Garçon Fille

Nom :

Prénom :

Adresse du domicile :

.....

Code postal : _____ Ville :

Date de naissance : ____/____/____ (jj/mm/aaaa) Lieu de naissance :

Portable de l'enfant si possible : ____/____/____/____/____

Ecole fréquentée :

Représentants légaux

Père , Mère , Tuteur , Autre A préciser :

Profession :

Nom :

Indiquez le nom de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse

Prénom :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tél dom. : ____/____/____/____/____

Portable : ____/____/____/____/____

Tél travail ____/____/____/____/____

Mail :

Père , Mère , Tuteur , Autre A préciser :

Profession :

Nom :

Indiquez le nom de naissance suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse

Prénom :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Tél dom. : ____/____/____/____/____

Portable : ____/____/____/____/____

Tél travail ____/____/____/____/____

Mail :

Assurance : N° de police : Date d'échéance :

* N° allocataire CAF : Bon CAF 3 € 4 € Autres : €

* N° allocataire MSA : Bon MSA : €

* Autres organismes : N° allocataire :

Droit à l'image

Je soussigné(e)
autorise par la présente la Communauté d'Agglomération du Gard Rhodanien, 1717 route d'Avignon,
30200 Bagnols sur Cèze, représentée par son Président, M. Jean Christian REY, à diffuser la (les)
photographie(s) et vidéo(s) prise(s) lors des activités à l'accueil de loisirs sur laquelle (lesquelles)
figure mon fils/ ma fille

Cette autorisation est valable :

- Pour l'édition de documents de nature pédagogique,
- Pour des expositions relatives aux centres,
- Pour les journaux d'information locale,
- Pour la publication sur le site internet de la Communauté d'Agglomération et/ou de l'Accueil de Loisirs,
- Pour la publication sur les réseaux sociaux.

Cette autorisation est valable pour une durée de 5 ans et pourra être révoquée à tout moment.

Le droit à l'image est incessible.

La présente autorisation est consentie sans aucune contrepartie financière.

Fait à le Signature :

| |
|--|
| |
|--|

Activités

J'autorise mon enfant

à participer aux activités et sorties qui lui sont proposées dans le cadre de l'Accueil de loisirs,

à aller à la piscine

Fait à le Signature :

| |
|--|
| |
|--|



N° 10008*01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR REcueILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 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)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

VACCINS PRATIQUÉS _____ DATES _____

Précisez s'il s'agit :

du DT polio
 du DT coq
 du Tétracoq
 d'une prise polio
 Hépatite B

RAPPELS _____

ANTITUBERCULEUSE (BCG) _____

ANTIVARIOLIQUE _____

AUTRES VACCINS _____

| 1er VACCIN REVACCINATION | DATES | VACCIN 1er RAPPEL | DATES | VACCINS PRATIQUÉS | DATES |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> | ____/____/____ |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

| INJECTIONS DE SÉRUM | NATURE | DATES |
|--------------------------|--------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | ____/____/____ |

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

| RUBÉOLE | 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 DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, réductions)

| | |
|-------|----------------|
| _____ | ____/____/____ |
| _____ | ____/____/____ |
| _____ | ____/____/____ |

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS : _____

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

SI IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS _____ N° DE TEL. _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAVEUR : _____

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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : _____

Cachet de l'organisme (siège social)

| | |
|--|-------|
| ARRIVÉE LE _____ | _____ |
| DÉPART LE _____ | _____ |
| OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR | |

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

| | |
|-------|----------------|
| _____ | ____/____/____ |
| _____ | ____/____/____ |
| _____ | ____/____/____ |



Centre de Loisirs Fiche Autorisations

Départ du centre de loisirs

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

- Autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs
- N'autorise pas mon enfant à repartir seul de l'Accueil de loisirs

Personnes autorisées à récupérer mon enfant en cas d'impossibilité du ou des responsables légaux :

| Nom | Prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|-----|--------|--------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fait à le

Signature :

Facturation

Souhaitez-vous recevoir une facture acquittée Oui Non

Au nom de Mme, M.

Remarques éventuelles

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

Documents obligatoires à fournir

- Attestation d'assurance responsabilité civile nominative (portant la mention extra-scolaire)
- Notifications aides aux temps libres CAF, bons CAF, bons MSA, ou autres
- Attestation de quotient familial CAF ou Avis d'imposition
- Copie du carnet de santé, page vaccinations
- Si divorce, copie du jugement (garde de l'enfant, droits parentaux)
- Test d'aisance aquatique (ados) pour les activités nautiques
- 1 Photo

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant

- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de loisirs et l'accepter.
- Déclare accepter le projet éducatif et le projet pédagogique de l'Accueil de loisirs.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le

Signature :