



# 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 \_\_\_\_\_

1 <sup>er</sup> VACCIN REVACCINATION	DATES		VACCIN 1 <sup>er</sup> RAPPEL	DATES		VACCINS PRATIQUÉS	DATES	
	1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>		1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>		1 <sup>er</sup>	2 <sup>e</sup>
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? \_\_\_\_\_

INJECTIONS DE SÉRUM	NATURE	DATES
✓		✓
✓		✓

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"/>	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"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> OUI <input type="checkbox"/>	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)

✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓

1/2

00000000

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-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

Cachet de l'organisme (siège social)

LIEU DU SÉJOUR : \_\_\_\_\_

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)

2/2

00000000



# 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 :