

Nom du Responsable de famille : Prénom :
Adresse précise : ☎ domicile :
..... ☎ portable Mr :
Code postal : Ville : ☎ portable Mme :
Email : Envoyer les courriers par mail ? Oui Non

Situation de famille : marié célibataire veuf divorcé concubin séparé PACS
N° de Sécurité sociale :

Médecin traitant : ☎ :
Avez-vous une mutuelle ? OUI NON si oui, Nom :
et adresse :

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents, par exemple grands parents, voisin ...etc):

Nom et prénom : Qualité : ☎ :
Nom et prénom : Qualité : ☎ :

PÈRE / BEAU-PERE / ASSISTANT FAMILIAL

Nom :
Prénom :

Catégorie socioprofessionnelle

Régime général de la Sécurité Sociale ou personnels
du CEA, ONF, Banque de France, Météo France,
Imprimerie Nationale, Télécoms (sous statuts de

Régime Agricole (MSA, employés Crédit Agricole ...)

Autres Régimes (SNCF, EDF/GDF, RATP, Assemblée
Nationale, Sénat, Mines, Caisse Maritime)

Profession :

Employeur :

Téléphone :

MÈRE / BELLE-MERE / ASSISTANTE FAMILIALE

Nom :
Prénom :

Catégorie socioprofessionnelle

Régime général de la Sécurité Sociale ou personnels
du CEA, ONF, Banque de France, Météo France,
Imprimerie Nationale, Télécoms (sous statuts de

Régime Agricole (MSA, employés Crédit Agricole ...)

Autres Régimes (SNCF, EDF/GDF, RATP, Assemblée
Nationale, Sénat, Mines, Caisse Maritime)

Profession :

Employeur :

Téléphone :

AIDES ET PRISES EN CHARGES

CAF : des Landes autre Comité d'entreprise lequel :
.....
N° Allocataire : Montant de prise en charge : Forfait Pourcentage
Quotient Familial : Aide ARMEE : OUI NON
Bons CLSH : OUI NON Autres aides : Montant :

NB : Les informations recueillies dans le dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion du Centre de Loisirs. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au bureau d'accueil.

Je soussigné,, père, mère, tuteur légal (1) déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et devoir le respecter.

(1) : barrer les mentions inutiles

Signature :

FICHE ENFANT

PHOTO

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Sexe : masculin féminin

École :

Assurance scolaire :

Formule :

RECOMMANDATIONS DES PARENTS AUX ANIMATEURS :

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

Régime alimentaire :

Activités interdites :

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

Composition de la Famille :

Nom :

Père

Beau-père

Prénom :

Assistant familial

Nom :

Mère

Belle-mère

Prénom :

Assistante familiale

Je soussigné, autorise mon enfant
à participer aux activités du Centre de Loisirs.

Fait à, le Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		Précisez s'il s'agit du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio	VACCINATIONS	DATE
	DATE		DATE			
1er vaccin		1er vaccin				
revaccination		revaccination				
AUTRES VACCINS						
vaccins pratiqués		DATE				
Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?						

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :			INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladies, accidents, crises, allergies, hospitalisations, opérations...) EN PRÉCISANT LES DATES :	
ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ASTHME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
OTITES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : Signature :