

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant : Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité : Poids : Taille : Sexe : Il est impératif de savoir faire du vélo.	<p style="text-align: center;"><u>Demande d'inscription</u></p> Semaine n°..... du.....au..... Semaine n°..... du.....au..... Si vous souhaitez que votre enfant soit dans le même groupe qu'un camarade il est impératif de le signaler ici
<p>RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT</p> Nom et prénom Adresse Code postal..... Ville Tél..... / / Mail	
<p>PERSONNE AYANT L'ENFANT A CHARGE PENDANT LE SEJOUR et devant être contactée en cas de besoin</p> Nom et prénom : Adresse Vacances : Code Postal..... Ville..... Tél. : /	
<p>PERSONNE AUTORISÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT</p> Je soussigné(e)....., responsable de l'enfantautorise ce dernier à quitter le centre de loisirs accompagné des personnes suivantes : Nom, prénom.....Tél..... Nom, prénom.....Tél..... Nom, prénom.....Tél.....	
<p style="text-align: center;">SITUATION FAMILIALE DES PARENTS A REMPLIR IMPERATIVEMENT</p> N° d'allocataire CAF Nom de l'allocataire Quotient Familial :€ Profession Père Profession Mère Employeur Régime : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA Remarque : ces informations vous sont demandées afin de permettre au Centre de Loisirs de compléter les listings CAF en fin d'été, merci de votre compréhension.	N° sécurité sociale..... Adresse Caisse N° MSA Adresse Caisse Mutuelle Adresse mutuelle
<p>MÉDICAL</p> L'enfant présente des allergies oui non Traitement médical en cours oui non Régime alimentaire spécifique oui non merci de préciser	<p>SPORT</p> Certificat médical : fourni lors de l'inscription <input type="checkbox"/> apporté le 1 ^{er} jour du séjour <input type="checkbox"/> Test d'aisance aquatique obligatoire : fourni lors de l'inscription <input type="checkbox"/> apporté le 1 ^{er} jour <input type="checkbox"/> Si votre enfant n'a pas de test, contactez impérativement le centre de voile (04 68 21 11 53)

ATTESTATIONS MEDICALE ET D'AISSANCE AQUATIQUE

Joindre un certificat médical du médecin spécifiant que l'enfant:

- ne présente aucune contre-indication médicale pour la pratique des activités sportives, nautiques et équestres.
- ne présente aucune contre-indication médicale à la vie en collectivité et est à jour de ses vaccins.

Joindre impérativement l'attestation d'aisance aquatique délivrée par un maitre nageur

Spécifiant que l'enfant est apte à :

- effectuer un saut dans l'eau,
- réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes,
- réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes,
- nager sur le ventre pendant vingt mètres,
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

Ce test peut être réalisé avec ou sans brassière de flottaison.

DROIT A L'IMAGE :

L'UDSIS peut-être amenée à prendre des photographies ou des vidéos de vos enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne, et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite de temps ni de lieu. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, nous vous remercions de **faire une lettre indiquant votre refus**. Cette lettre devra être adressée avec le dossier du séjour.

REGLEMENT INTERIEUR (feuille jointe)

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de Centre de Loisirs et en accepte les modalités.

J'atteste sur l'honneur de l'absence de toute solution de garde et appartenir à la catégorie des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire.

Signature

***Nous déchargeons la responsabilité du Centre de Loisirs avant et après les horaires d'activités qui sont :
Le Lundi de 8h45 à 17h30 et les autres jours de la semaine de 9h à 17h30.***

Le...../...../.....

Signature

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux et administratifs qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle pourra vous être rendue à la fin du séjour si vous le souhaitez.

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / GARÇON FILLE

ADRESSE :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

TEL : PORTABLE:

ADRESSE :

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

TEL : PORTABLE:

ADRESSE :

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

ALLERGIES

 L'enfant est-il allergique ? OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

(si automédication, le signaler. Fournir obligatoirement le protocole écrit ou le justificatif médical en cas d'allergie alimentaire)

TRAITEMENT MEDICAL L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? OUI NON

Nature du traitement suivi:

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice), ainsi qu'une autorisation parentale écrite.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance + autorisation écrite des parents

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
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"/>	NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
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"/>		

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Notez ici tout ce que vous pensez nécessaire que nous sachions: