

2007 / 2008

Bulletin d'inscription

Accueil des enfants du centre de loisirs et du périscolaire

Nom des parents : _____

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Date et lieu de Naissance de l'enfant : _____ à _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____

Autre personne à contacter : M/Mme _____ Téléphone _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Bénéficiez-vous de la CAF ? oui non Qui verse la prestation.....

Profession de la mère: _____ Profession du père: _____

Numéro de Sécurité Social : _____

Nom et Numéro de police de votre assurance

Responsabilité civile : _____ Numéro : _____

Votre Quotient familial : _____

Le calcul du quotient se fait au service Social : Square Henri Barbusse

03.44.25.51.76 (Madame DURIEZ ou Madame DALE)

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) Madame - Monsieur (1) : _____

Père, Mère, Tuteur (trice) (1) de l'enfant : _____

J'autorise mon enfant à participer au centre de loisirs de Saint-Maximin et à y pratiquer les activités proposées.

J'autorise mon enfant à quitter le centre à 12h (pour les enfants ne mangeant pas à la cantine) et à 17h, **seul(e)** ou **accompagné(e)** de Mr ou Mme : _____

J'autorise les responsables du séjour à prendre toutes mesures nécessaires par l'état de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales).

Fait à _____ Le _____

Signature des parents :

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

(1) *Rayer les mentions inutiles*

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

A remettre sous enveloppe aux responsables du centre

Renseignements médicaux qui peuvent être utiles pendant le séjour de votre enfant

ENFANT : Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____

VACCINATIONS : Antipoliomyélitique, Antidiphthérique, Antitétanique, Anticoquelucheuse.

Vaccins pratiqués	Dates
Rappels	

Antituberculeuse (BCG)		Antivariolique		Autres vaccinations	
	Dates		Dates	Vaccins	Dates
1 ^{er} vaccin		Vaccin			
revaccin°		Rappel			

Si l'enfant n'est pas vacciné, Pourquoi ? _____

RENSEIGNEMENTS :

Indiquez ici les difficultés de santé en précisant les dates (Allergies, opérations, Accidents, maladies, nom du médecin traitant)

-
-
-
-
-

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

RESPONSABLE de L'ENFANT :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse (pendant le séjour) :

N° de SS : _____ Centre payeur : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date

Signature :