

Les Copains d'Abord

BULLETIN INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

Centre de loisirs multisite 65400 ARRENS MARSOUS - AUCUN

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ Sexe : masculin féminin

RESPONSABLES LEGAUX

Nom et Prénom de la **mère**: _____

Adresse : _____

Code postal _____ Ville : _____

Tel fixe: _____ tel portable : _____

Nom et Prénom du **père**: _____

Adresse (si différente): _____

Code postal _____ Ville : _____

Tel fixe: _____ tel portable: _____

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT:

AUTORISATION DE SORTIE: J'autorise mon enfant à quitter seul le centre de Loisirs OUI / NON

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES des PARENTS (à préciser le cas échéant)

	Père de l'enfant	Mère de l'enfant
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Tel de l'employeur		

N° D'ALLOCATAIRE A LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES OU quotient M.S.A, dépt 65 (sans ce numéro, nous appliquerons le tarif le plus élevé) : _____

NOM COMPAGNIE DE POLICE D'ASSURANCE _____

N° POLICE D'ASSURANCE SCOLAIRE
ET EXTRA SCOLAIRE DE L'ENFANT : _____

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant les périodes A.L.S.H. ? Oui Non

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

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance du médecin fournie par les parents

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ				SCARLATINE			
Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non					

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, REEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE :

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC. PRÉCISEZ :

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

Régime particulier :

Sans Porc Végétarien Allergie, autres, préciser : _____

Amène son repas : *concerne uniquement les enfants présentant un problème d'allergie lourde attesté par certificat médical fourni à l'inscription*

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable légal du Centre de Loisirs à prendre, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je reconnais avoir pris connaissance des incidences financières.

J'autorise* - Je n'autorise pas* l'organisateur à utiliser l'image et la voix de mon enfant à des fins strictes d'illustration et de promotion de ses activités non commerciales (plaquette d'information, rapport d'activité, article de presse etc.). Afin de recevoir les programmes du Centre, adresse internet _____

**rayer la mention inutile*

Date : _____ Signature des parents ou représentants légaux :

Centre de Loisirs 3-12 ans ÉCOLES D'ARRENS MARSOUS /AUCUN

Structure agréée DDJS n° 0650025-CL000-109

Asso. «Le Gabizos» Ecole 65400 ARRENS-MARSOUS Tél. 06 48 38 85 06

copainsdabord@laposte.net