

DOSSIER D'INSCRIPTION CLSH 2018-2019

N° Sécurité sociale :

N° allocataire CAF :

Quotient familial :

Rappel : sans QF le tarif maximum sera appliqué

Responsable légal	Téléphone dom	/	/	/	/
NOM	Téléphone port.	/	/	/	/
PRENOM					
DATE DE NAISSANCE :					
SEXE : F M					
Adresse	Médecin à prévenir en cas d'urgence :				
CP	Ville				
Mail :					

Conjoint	Téléphone dom	/	/	/	/
NOM	Téléphone port.	/	/	/	/
PRENOM					
DATE DE NAISSANCE :					
SEXE : F M					
Adresse postale si différente responsable légal					
CP	Ville				

Je soussigné(e).....responsable légal
autorise mon enfant.....

à participer à toutes les activités de l'accueil loisirs et périscolaire.

J'autorise le Centre Social et Culturel à utiliser pour son propre usage les photos, films, interviews ou enregistrement réalisés au cours des activités et renonce ainsi au droit d'auteur y afférant.

Nous vous rappelons que pour passer de bons moments au Centre Social et Culturel, les jeunes et les enfants s'engagent à respecter les règles de vie collective. Voir Règlement ci-joint.

Fait à Saint Genis Laval le.....
Signature

Inscription de l'enfant ou jeune au Centre Social et Culturel

NOM	PRENOM
DATE DE NAISSANCE :	SEXE : F M
AGE :	
Autorisez- vous l'enfant à repartir seul en fin d'activité : OUI NON	
Personnes autorisées à récupérer l'enfant :	
Repas : sans porc :	OUI NON
Repas : sans viande :	OUI NON
ACTIVITE(S) CHOISIE(S) : Centre de loisirs et/ou Ribambelle (entoure l'activité choisie)	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / SANTE

1/ Vaccinations :

J'atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour de vaccinations obligatoires.

(Joindre obligatoirement une copie du carnet de santé et un certificat médical en cas de contre indication)

2/ Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement ? 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.

L'enfant a –t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole OUI - NON / Varicelle Oui - NON / Angine OUI - NON
 Scarlatine OUI - NON / Coqueluche OUI - NON / Otite OUI - NON
 Rougeole OUI - NON / Oreillons OUI - NON / Rhumatisme articulaire OUI - NON

Allergies :

Alimentaires OUI - NON / Médicamenteuses OUI - NON / Autres

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

.....

Asthme OUI - NON

En cas d'accident, j'autorise le responsable à prendre toutes les mesures chirurgicales d'urgence reconnues nécessaires.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription.

Date et Signature « lu et approuvé »