

Fiche d'inscription Le Centre Social et vous!



Pour vous simplifier les démarches, **un seul dossier pour 4 activités** (Tap : Temps d'accueil dans l'école primaire de 15h45 à 17h45, Centre de loisirs du mercredi après midi (avec ou sans repas), Centre de Loisirs des vacances scolaires). >>>>>> **Cela ne vous engage pas ! Si nous devons accueillir votre enfant, les infos seraient déjà saisies. L'inscription sera possible juste avec un appel téléphonique.**

CLSH

ADOS

TAP/ALAE

LAEP

E-mail :

En cas d'annulation ou décalage d'un rendez vous d'un club, nous vous prévenons par mail.
En outre, La fourniture de votre adresse mail, nous permet de vous informer sur les animations ou événements se déroulant à Hélitias.

ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Port. : Date de naissance :

Groupe scolaire fréquenté :

SITUATION FAMILIALE :

Marié / Célibataire / Veuf / Vie maritale / Divorcé vit avec Père vit avec Mère

N° allocataire à la CAF ou à la MSA :

Numéro sécurité sociale :

AUTORISATION

Je soussigné

• Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et jeux organisés dans le cadre du Centre de Loisirs sans hébergement et séjours organisés par le Centre Social ALC. Oui Non

• Autorise le Centre Social ALC à utiliser l'image photographique de mon enfant pour les publications de l'association (plaquettes, rapport d'activités, expos photos, site Internet...). Oui Non

• Autorise les personnels du centre social ALC assermentés par la CAF à vérifier mon coefficient familial. Oui Non

Allergies :

Asthme Oui Non

Médicamenteuse Oui Non

Alimentaire Oui Non

Je soussigné

autorise le Centre Social ALC, en cas d'hospitalisation à vous diriger vers l'hôpital Henri Mondor

CERTIFICAT MEDICAL

le certificat médical n'est obligatoire que pour les activités sub-aquatiques et aériennes. **Votre signature en fin de document attestera que votre enfant n'a aucune contre-indication aux activités proposées.**

PARENTS

Nom de la mère : Prénom de la mère :

Tél. domicile : Port. :

Nom de la père : Prénom de la père :

Tél. domicile : Port. :

Responsable pendant l'accueil : Père Mère

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
DT polio			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 pris sans ordonnance, même le paracétamol.

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

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Angine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme Articulaires aigu	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Otite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, précisez :

Je soussigné autorise le Directeur(rice), en cas d'hospitalisation à diriger mon enfant vers l'hôpital Henri Mondor (pour les camps, nous choisirons l'hôpital le plus proche) et à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, anesthésies...)

Il est entendu que tous les moyens seront mis en œuvre pour prévenir les responsables de l'enfant.

Je soussigné en qualité de (Père ou Mère) AUTORISE mon enfant à quitter le Centre de Loisirs accompagné par :

..... n° tél. / n° tél.

..... n° tél. / n° tél.

Votre signature en fin de document attestera que le Centre Social ALC Quartier Ouest est déchargé de toutes responsabilités à partir de son départ.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement de la structure et m'engage à le respecter :

Oui Non J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles

Oui Non J'autorise la structure à saisir mes informations médicales



Date & Signature :