

Documents à fournir

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avis d'imposition 2021 sur les revenus de 2020 | <input type="checkbox"/> Autorisation de sortie du territoire |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance Responsabilité Civile | <input type="checkbox"/> Demande d'adhésion annuelle au CSC |
| <input type="checkbox"/> Vaccins – copie du carnet de santé ou certificat médical | <input type="checkbox"/> Dossier d'inscription |

ENFANT A INSCRIRE :

Nom : Prénom : Garçon Fille
 Né(e) le : à :
 Classe (rentrée 2021) : Etablissement scolaire :
 Groupe : 3 – 5 ans 6 ans – 10 ans 11 – 14 ans

PARENTS / TUTEURS :

Responsables légaux : parent 1 parent 2 tuteur

Parent 1 / tuteur :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : Mail :

Parent 2 :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel : Mail :

Situation familiale : Marié Divorcé Séparé Pacsé Célibataire Vie maritale Veuf- Veuve

Autorise / Autorisons le CSC du Langensand à utiliser l'image et la voix de notre enfant dans le cadre des activités, de reportages, d'articles de presse.

Autorise / Autorisons le CSC du Langensand à laisser rentrer seul notre enfant à la fin des activités (uniquement les enfants de 6 ans ou plus).

Autorise / Autorisons le CSC à utiliser et conserver les données personnelles du présent document pour la gestion de ses activités (possibilité de vous fournir les principes de confidentialité de la structure).

PERSONNES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT (UNIQUEMENT PERSONNES MAJEURES) :

Nom Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

Nom Prénom :

Lien de parenté : Téléphone :

VACCINATIONS

Vaccins	Nom du vaccin	Date	Vaccins	Nom du vaccin	Date
BCG		ROR	
DT POLIO		HEPATITE B	
MENINGITE		GRIPPE	
AUTRE :		AUTRE :	

Fournir OBLIGATOIREMENT une copie des pages correspondantes du carnet de santé ou un certificat de vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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. Les animateurs ne sont pas autorisés à administrer les médicaments.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher les cases)

- | | | | |
|--------------------------------|---|------------|---|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Varicelle | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Angine | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Coqueluche | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Rougeole | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Rhumatismes articulaires aigus | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |

Allergies :

- Médicamenteuses oui non. Si oui, à quel médicament ?
- Alimentaires oui non. Si oui à quel aliment ?
- Autres oui non. Si oui à quoi ?
- Asthme oui non.

Quelle est la conduite à tenir ?

Indiquez ci-après les éventuelles difficultés que peut rencontrer votre enfant, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes des prothèses auditives un appareil dentaire Autre

Pour la restauration : repas sans porc repas végétarien

MEDECIN TRAITANT

Nom du Médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) :

En cas d'urgence, en mon absence, j'autorise le CSC à contacter M. – Mme
(N° de téléphone :))

J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur ci-contre (le règlement est à détacher et à conserver).

A Le
Signature