

# Fiche d'inscription

## CLE Sainte Croix de Quintillargues

### ■ ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... G  F   
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 .....

### ■ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.**

### ■ REGIMES ALIMENTAIRES :

Avec viande  Sans viande

### ■ SANTE :

#### VOTRE ENFANT EST-IL :

ASTHMATIQUE  oui  non  
 ALERGIQUE : MÉDICAMENTEUSES  oui  non ALIMENTAIRES  oui  non  
 AUTRES.....

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

.....  
 .....

#### INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....  
 .....

#### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc....

.....  
 .....

### ■ RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

	Père	Mère
NOM PRENOM		
Adresse (si différente de l'enfant)		
Adresse mail (1 suffit)		
Profession		
N° téléphone domicile		
N° téléphone portable		
N° téléphone professionnel		

Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité sera demandée) :  
 .....  
 .....  
 .....

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

Nombre d'enfants dans la famille : .....

N° allocataire CAF ou MSA :

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : .....

**■ MÉDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

**■ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination)**

VACCINS	DATES
DT Polio	

**■ AUTORISATIONS DIVERSES**

Je soussigné (e), ..... responsable légal de l'enfant,

	oui	non
Autorise mon enfant à participer à la vie du centre de loisirs éducatif, aux activités proposées.		
Autorise le centre de loisirs éducatif à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique, pour la présentation et l'illustration des activités du centre.		
Autorise mon enfant mineur à quitter le centre de loisirs éducatif primaire/l'espace jeune seul.		
Autorise l'Association Départementales des Francas de l'Hérault à diffuser l'image de mon enfant sur les réseaux sociaux.		
Autorise le responsable du centre de loisirs éducatif à prendre toutes mesures (traitement médical hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.		
Avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique de la structure.		

**■ Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.**

Date : ..... Signature :

Date : ..... Signature :

Date : ..... Signature :

Date : ..... Signature :