



Dossier inscription Centre de loisirs - Juillet 2025 (Pas de centre en août)

Documents à apporter à l'inscription : Carnet de santé – Attestation CAF – Notification Aides aux temps libres -

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse.....

Téléphone/portable :

NOM	PRENOM	Date de naissance	Age	Sexe	07-11 juillet	15-18 juillet	21-25 juillet	Règlement

Point de ramassage : Bois Bryas Ecole Primaire Campagne Ecole Calmette Ecole Trabbia Quai Quinet

N° allocataire CAF : QF :

Notification Aides aux temps libres oui non

" Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données recueillies sont nécessaires à la bonne inscription de votre enfant et destinées à vous contacter en cas de nécessité liée à votre enfant. En aucun cas elles ne seront rendues accessibles à des tiers sans votre accord exprès le cas échéant. "



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélie				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétacocq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES 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, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉS DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fiche de renseignements

Nationalité des parents.....Nombre d'enfants.....

Situation de famille :

Concubin(e) marié(e) célibataire veuf(ve) divorcé(e)

Père	Mère
Nom/prénom.....	Nom/prénom.....
Adresse.....	Adresse.....
N°tél.....	N°tél.....
N° portable.....	N° portable.....
Employeur.....	Employeur.....
Inscrit à pôle emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Inscrit à pôle emploi oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Salarié <input type="checkbox"/> demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>	Salarié <input type="checkbox"/> demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
RSA socle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (demande de justificatif)	RSA socle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (demande de justificatif)
Personne Majeure à joindre en cas d'accident	
Nom et prénom
Adresse
Téléphone fixe / portable /
Nom du medecin traitant

Nous vous rappelons la nécessité de disposer d'une assurance personnelle en responsabilité civile couvrant les dommages que pourrait causer votre enfant.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur de l'ALSH à faire soigner mon ou mes enfants et de prendre toutes les mesures, y compris l'hospitalisation, nécessitées par son état de santé selon la prescription du corps médical consulté.

Fait à, le

Autorisations parentales

Je soussigné(e)(père, mère)

De(s) l'enfant (s).....

.....

Autorisations Parentales			
Autorise l' ALSH à utiliser les photos ou les films de mon (mes) enfant (s) pris lors des activités dans ses différentes publications et dans la presse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Autorise mon (mes) enfant (s) à aller à la piscine (seuls peuvent se baigner les enfants vaccinés contre la Polio)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Enfant(s) ne sachant pas nager		
Enfant(s) possédant le brevet de 25 mètres avec immersion		
Autorise mon enfant à participer aux diverses sorties du CLSH	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Autorise le CLSH à transporter mon (mes) enfant (s) pour le besoin des activités par des moyens de transports collectifs comme trafic, bus, SNCF...	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Autorise mon (mes) enfant(s) à repartir seul(s) après l'ALSH (uniquement pour les + 6 ans)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Dans le cas contraire, personnes majeures autorisées à reprendre l'enfant			
	Nom	Prénom	Téléphone

Lu et approuvé, leà.....

Signature

--X-----

Partie à découper et à retourner en Mairie de Revin - Service jeunesse et sports
- 56 rue Victor Hugo - 08500 REVIN

Je soussigné(e),, père, mère, tuteur
(rayer les mentions inutiles) de l'enfant
....., reconnaît avoir pris
connaissance du règlement intérieur pour l'accueil de loisirs sans hébergement
pour l'été et m'engage à le respecter.

Fait à,

Le

Signature