

## FICHE D'INSCRIPTION PAR ENFANT

### L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

sexe: \_\_\_\_\_

### SON RESPONSABLE LEGAL

PERE  MERE  TUTEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° Sécu.Soc

Quotient familial :  doc à fournir pour la 1ere inscription  
et à chaque début d'année

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_

Téléphone fixe: \_\_\_\_\_ Téléphone portable: \_\_\_\_\_

Adresse mail: \_\_\_\_\_

Telephone professionnel : \_\_\_\_\_

Situation Familiale : Marié  Divorcé  Vie maritale   
Célibataire  veuf(ve)

N° Allocataire :

Régime général (C.P.A.M)  Autre Régime (précisez) : \_\_\_\_\_

en cas d'accident prévenir : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_



## FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant la présence de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé

### ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS : Vaccins obligatoires

(se reporter au carnet de santé aux pages concernant ces vaccinations, noter les dernières dates)

D.T. Coq Polio : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ B.C.G. : \_\_\_\_\_

D.T. Coq Polio : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 1 er Vaccin : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

D.T. Coq Polio : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ rappel : \_\_\_\_\_

rappels \_\_\_\_\_ Autres vaccins \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Vaccins pratiqués : \_\_\_\_\_

Injection de sérum :  
nature \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENT MEDICAUX

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

Rubéole  Asthme  Varicelle  Oreillons  Otites

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :  
(maladies, accidents, hospitalisations, opérations, ....) \_\_\_\_\_

Recommandations des parents  
(Traitement médical, allergie, régime alimentaire, ...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le directeur doit avoir en sa possession **l'original de l'ordonnance** pour pouvoir donner un traitement médical à votre enfant.

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures (médicales, hospitalisations, interventions chirurgicales, ...) reconnues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS

L'enfant : Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Personnes autorisées à récupérer l'enfant:

NOM	PRENOM	Lien de parenté	n° telephone

L'enfant est autorisé à rentrer seul :

oui  non  signature:

### IMPORTANT

**Toute modification devra être signalée par écrit auprès du directeur du centre.  
Avant sa montée dans le car et après sa descente du car, l'enfant n'est pas  
couvert par la responsabilité du centre.**

J'atteste avoir pris connaissance du règlement inscrit

sur le programme CLSH/ CAMPS de La Communauté de Communes de l'Isle Crémieu, et m'engage  
à le respecter.

J' autorise la CCIC à photographier mon enfant et à reproduire ou diffuser ces  
images sur les supports suivants: papier, cd souvenir, site internet sécurisé, brochure annuelle.

Date:

Signature:

## ASSURANCE

L'enfant possède-t-il une assurance extra-scolaire :  OUI  NON  
(Ne pas fournir le document)