

FICHE D'INSCRIPTION



COORDONNEES DE L'ENFANT

Nom-Prénom		Date de naissance	
Adresse		Lieu de naissance	
CP + Ville		Fille ☐	Garçon ☐
Téléphone			
Etablissement scolaire		Classe	

COORDONNEES DES RESPONSABLES

	Mère ☐	Tutrice ☐	Père ☐	Tuteur ☐
Nom-Prénom				
Adresse				
CP + Ville				
Profession				
Employeur				
Tél. domicile				
Tél. bureau				
Tél. portable				
Mail				
Autre personne à contacter en cas d'urgence : Nom, Prénom téléphone :				

Responsable légal	Père ☐	Mère ☐	Tuteur(rice) ☐	Autre :
-------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	---------

Situation Familiale	Célibataire ☐	Séparé(e) ☐	Divorcé(e) ☐	Veuf(ve) ☐
	Marié(e) ☐	Vie maritale ☐	PACS ☐	Autre :

Caisse allocataire	Numéro allocataire	Quotient Familial

AUTORISATIONS PARENTALE

- ☐ J'autorise mon enfant à participer à des activités de plein air et à pratiquer des activités sportives
- ☐ J'autorise le centre de loisirs à prendre des photos, films de mon enfant à des fins d'utilisations internes et/ou de communication
- ☐ J'autorise mon enfant à être transporté en car ou en minibus pour des sorties pour des sorties prévues dans le cadre des activités du centre de loisirs
- ☐ J'autorise mon enfant à arriver et quitter le centre de loisirs sans responsable
- ☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter
- ☐ Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

A Le
Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »

Nombre de case cochée :.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :
-------	----------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le centre de loisirs Bresse et Saône.

1- **VACCINATIONS** (Se référer au carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tetra coq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2- **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME oui non
- ALIMENTAIRES oui non
- MEDICAMENTEUSES oui non
- AUTRES (Animaux, plantes, pollen...) Oui non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

.....

.....

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

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Coqueluche Oui Non	Rhumatisme articulaire aigu Oui Non
Oreillons Oui Non	Otite Oui Non	Rougeole Oui Non	Scarlatine Oui Non	

3- **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

4- **RESPONSABLES DU MINEUR :**

NOM :PRENOM :

TEL DOMICILE :TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE.....N°SECURITE SOCIAL :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE :

SIGNATURE :

Les dossiers sont traités sur l'accueil de loisirs Bresse & Saône

La réservation pour les vacances scolaires se fait par l'intermédiaire d'une fiche d'inscription distribuée ou à demander par mail.

DOCUMENT A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER DE VOTRE ENFANT

- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée
- ☐ Fiche d'inscription dûment complétée et signée
- ☐ Photocopie du livret de famille
- ☐ Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques (licence sportive accepté)
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile
- ☐ Photocopie de la page des vaccins obligatoires
- ☐ Un règlement de 10 à 14€ en fonction de votre quotient familial pour l'adhésion annuelle au centre de loisirs. Chèque à l'ordre du RCHB.
- ☐ Photocopie du quotient familial de la CAF ou MSA

Document à fournir dans le cas d'un changement de situation familiale :

Séparation : copie du jugement ou justificatif légal pour une séparation ou un divorce.

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU IMPAYE SE VERRA REFUSE

RCHB Centre de loisirs Bresse & Saône
Complexe sportif synthétique
1377 Route de Saint Trivier
01190 SAINT BENIGNE
Mail : cl.bressesaone@gmail.com
Tél : 06 46 37 14 44

Quotient familial

QF1 de 0 à 450€

QF2 de 451 à 660€

QF3 de 661 à 765 €

QF4 de 766 à 1200 €

QF5 de 1201€ à plus