

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

FICHE DE LIAISON ET SANITAIRE

Année Scolaire
2011 - 2012

Nom et prénom de la MERE ou du responsable légal :
 Employeur : Date de Naissance :
 Numéro de téléphone du domicile : Numéro de téléphone Professionnel :
 Numéro de téléphone Portable : Adresse mail:
 Adresse : code postal : Commune :

Nom et prénom du PERE ou du responsable légal :
 Employeur : Date de Naissance :
 Numéro de téléphone du domicile : Numéro de téléphone Professionnel :
 Numéros de téléphone Portable : Adresse mail:
 Adresse : code postal : Commune :

Nombre d'enfants à charge : Numéro Sécurité Sociale :
 N° allocataire CAF : Autres : Imposable : oui - non

Nom : Prénom : Sexe : F - M
 Date et lieu de naissance : Âge :
 École fréquentée :
 Autres enfants scolarisés :

Nom prénom	Date de naissance	École fréquentée Mat / Primaire

Nom de l'assurance extra scolaire : Date:.....

Foyer où réside l'enfant :
 Au domicile des parents Chez la mère Chez le père
 Appliquez vous une garde alternée ? Oui Non
 Si oui faire un document précisant les modalités:.....
 A un autre domicile Oui Non
 Si oui préciser le nom et prénom de la personne:.....
 Adresse : code postal : Commune :

NOTATION
 Je soussigné(e) Mme, Mr :
 Responsable de l'enfant :
 Autorise le responsable de l'accueil de loisirs et accueil de loisirs périscolaire à laisser mon enfant quitter le centre :
 Seul (uniquement pour les enfants de plus de 6 ans) en précisant l'horaire qui ne devra pas aller au-delà de 18 h 30 :
 Accompagné par l'une personne citée ci-dessous
 Seules les personnes mentionnées seront autorisées à prendre votre enfant :
 1 er personne : Tél:
 2 ème personne : Tél:
 3 ème personne : Tél:
 Fait à Carcassonne, le; Signature :

Droits à l'image : J'autorise la publication éventuelle de la photographie de mon enfant dans la presse locale ou des supports de communication intercommunaux (plaquettes, affiches, ...)
 OUI NON Date et signature avec mention manuscrite « lu et approuvé » :
 Fait à Carcassonne, le; Signature :

Cadre réservé à l'administration:

Tarif:		Certificat médical:	BV:
AL:	AL p:		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes :

rubéole	varicelle	angine	coqueluche	otite	scarlatine	oreillons	rougeole	autres
---------	-----------	--------	------------	-------	------------	-----------	----------	--------

Vaccinations : (Remplir à partir du carnet de santé, carnet de vaccinations de l'enfant)

Vaccins	oui	non	Dernier rappel	Vaccins	oui	non	Date
Diphthérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Méningite à Haemophilus influenzae				Rougeole			
Méningite à pneumocoque				Méningite à méningocoque			
				B.C.G			

Allergies : Asthme Médicamenteuse : Alimentaire :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Si oui : l'enfant fait-il l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Recommandations utiles :

Médecin traitant : Tél :

Médecin spécialisé : Tél :

Je soussigné(e) Mme, Mr,

Responsable légal de l'enfant :

Autorise le responsable du Centre, au cas où mon enfant serait victime d'un accident, à conduire ou faire conduire celui-ci auprès des services médicaux compétents (en tout état de cause, la famille sera alertée simultanément) et m'engage à rembourser les frais éventuels engagés par le C.I.A.S .

En cas d'hospitalisation temporaire (service urgences) pour des soins ne nécessitant pas une hospitalisation et par accord de l'équipe soignante, il sera appliqué la procédure de sortie de droit (article 55 du décret du 14 janvier 1974). En conséquence, le responsable de l'A.L. sera autorisé à reprendre mon enfant.

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des Centres de Loisirs Sans Hébergement Périscolaire.

Fait à Carcassonne, le Signature :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)docteur en médecine, Certifie que l'enfant

Ne présente aucun signe clinique décelable d'affection contagieuse,

Est apte à vivre en collectivité,

Est à même de pratiquer les activités physiques de pleine nature, exception faite

de

.L'organisateur décline toute responsabilité en cas de contre-indication non mentionnée.

Fait à, le

Signature et cachet du praticien