

Informations administratives

PHOTO

L'enfant :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse : Code Postal : Ville :
Ecole : Classe : Instituteur (trice) :

Parent 1 : Représentant légal :

Nom et Prénom :
Tél :
Email :@.....

Parent 2 :

Nom et Prénom :
Tél :
Email :@.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

- Parent 1 Parent 2
 Autre (préciser Nom-Prénom-Téléphone) :

Autorisations :

- J'autorise le directeur du centre à prendre toutes les dispositions que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
 Oui - Non
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties avec le centre de loisirs et à voyager en transport collectif si besoin (bus) et autorise le directeur du centre et toute personne mandatée par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité.
 Oui - Non
- Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives de loisirs.
 Oui - Non
- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre.
 Oui - Non
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à la fin de la journée.
 Oui - Non

Droit à l'image :

J'autorise le service Jeunesse et Sport de la CCMR à photographier ou filmer mon enfant lors des activités à des fins de communication (plaquettes, articles dans la presse, site internet et page Facebook).

Oui - Non

Informations régime et sécurité sociale

- Numéro de sécurité sociale de l'enfant : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _
- Caisse régime social : CAF - MSA - Autre
Numéro : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Information sanitaires

Vaccins :

	OBLIGATOIRES				RECOMMANDES		
	Oui	Non	Date dernier rappel		Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	R.O.R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	B.C.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____
				Autre...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/_____

Informations médicales et alimentaires :

Rubéole Varicelle Coqueluche Scarlatine Otite Angine Oreillons Rhumatisme Rougeole

- Asthme : Oui - Non
- Allergies alimentaires : Oui - Non Précisez : _____
- Allergies médicamenteuses : Oui - Non Précisez : _____
- Autres allergies : Oui - Non Précisez : _____
- Recommandations particulières : (lentilles, lunettes, appareils dentaires...) : _____

Si l'enfant suit un traitement, précisez lequel : _____

N'oubliez pas de remettre les médicaments et une ordonnance au responsable.

Documents à joindre :

- Joindre une copie de l'attestation d'assurance en Responsabilité Civile dans le cadre des Activités Extrascolaires.
- Joindre une photocopie du carnet de vaccination

Fait à
Le

Signature des parents ou du représentant légal
(Précédé de la mention « lu et approuvé »)

Signature de l'enfant
(Précédé de la mention « lu et approuvé »)