



Mairie d'Upie
1 rue de la Mairie
26120 UPIE
04 75 84 45 30
compta@mairie-upie.com

**FICHE DE
RENSEIGNEMENTS
Centre de loisirs**

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
(hormis les parents)**

Nom.....

Tel.....

Lien avec l'enfant.....

Autorisé à récupérer l'enfant oui non

Nom.....

Tel.....

Lien avec l'enfant.....

Autorisé à récupérer l'enfant oui non

Nom.....

Tel.....

Lien avec l'enfant.....

Autorisé à récupérer l'enfant oui non

RESPONSABLE LEGAL DE(S) L'ENFANT(S)

Je soussigné(e).....

- Responsable légal de(s) l'enfant(s), déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale).
- Déclare avoir pris connaissance du présent contrat d'inscription du règlement intérieur « de l'accueil de loisirs » (affiché dans la structure, donné sur demande, téléchargeable sur le site internet) et m'engage à le respecter. J'accepte aussi les termes du contrat de fréquentation.

A, le.....

Lu et approuvé

Signature (obligatoire) :

PERE :

M :

Tel domicile :

Tel portable :

Tel travail :

Mail :

Adresse (si différente de l'adresse de facturation)

.....

.....

.....

Détenteur de l'autorité parentale :

OUI NON

MERE :

Mme:

Tel domicile :

Tel portable :

Tel travail :

Mail :

Adresse (si différente de l'adresse de facturation)

.....

.....

.....

.....

Détenteur de l'autorité parentale :

OUI NON

ADRESSE DE FACTURATION :

Mme M.

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATIONS

J'autorise « le centre de loisirs » à :

- Utiliser le droit à l'image de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités du « centre » (affichage interne) et/ou de la communication du centre (Revue communale, site internet) :

OUI NON

- Transporter mon (mes) enfant(s) dans le cadre des sorties du centre de loisirs :

OUI NON

Documents obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription :

- Attestation d'assurance Responsabilité Civile extrascolaire avec l'individuelle accident
- Bon CAF (si vous y avez droit)
- Quotient familial (CAF ou MSA)

ENFANT N°1

Nom :
Prénom :
Sexe : Féminin Masculin
Né(e) le :

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

Vaccination (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant)

Vaccinations obligatoires : (mettre les dates)

Diphtérie : Tétanos :
Poliomyélite : ou DTP : ou Tétra coq :
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins recommandés : (mettre les dates)

Hépatite B : Rubéole-oreillons-rougeole :
BCG : Coqueluche : Autres (préciser) :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (au nom de l'enfant)
L'enfant bénéficie-t-il d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI NON
Si oui fournir la copie du PAI.

Allergies : Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres :
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Régime alimentaire particulier :

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (accidents, maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant si besoin les dates et les précautions à prendre :

Recommandations des parents :

Lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, ... Précisez :

L'enfant a déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non Varicelle oui non Coqueluche oui non
Scarlatine oui non Rougeole oui non Oreillons oui non

Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités sportives ? oui non
Si votre enfant porte des lunettes, peut-il les garder pendant les activités sportives ?
 oui non

ENFANT N°2

Nom :
Prénom :
Sexe : Féminin Masculin
Né(e) le :

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

Vaccination (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant)

Vaccinations obligatoires : (mettre les dates)

Diphtérie : Tétanos :
Poliomyélite : ou DTP : ou Tétra coq :
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins recommandés : (mettre les dates)

Hépatite B : Rubéole-oreillons-rougeole (ROR) :
BCG : Coqueluche : Autres (préciser) :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical : OUI NON
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (au nom de l'enfant)
L'enfant bénéficie-t-il d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI NON
Si oui fournir la copie du PAI.

Allergies : Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres :
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Régime alimentaire particulier :

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (accidents, maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant si besoin les dates et les précautions à prendre :

Recommandations des parents :

Lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, ... Précisez :

L'enfant a déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non Varicelle oui non Coqueluche oui non
Scarlatine oui non Rougeole oui non Oreillons oui non

Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités sportives ? oui non
Si votre enfant porte des lunettes, peut-il les garder pendant les activités sportives ?
 oui non