



Communauté de Communes des  
Cévennes Gangeoises et Suménoises

# DOSSIER DE PRÉ INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DES CEVENNES GANGEOISES ET SUMENOISES

**BRISSAC**

3-5 ANS  6-11 ANS

**ST BAUZILLE DE PUTOIS**

3-5 ANS  6-11 ANS

**GANGES - ST JULIEN DE LA NEF**

3-5 ANS  6-8 ANS  9-13 ANS

## ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

N é(e) le : ...../...../..... à.....

Sexe :      Masculin      Féminin

Ecole : ..... Classe : .....

## PARENTS - RESPONSABLE LEGAL

Nom/Prénom ..... Nom/Prénom .....

Adresse ..... .....

Code postal..... .....

Courriel..... .....

Situation familiale : .....

Nombre d'enfants à charge : : .....

En cas d'absence, contacter :

M..... Tel. .... /... /... /... /...

M..... Tel. .... /... /... /... /...

M..... Tel. .... /... /... /... /...

## NUMÉRO CAF OU MSA .....

## AUTORISATIONS DE SORTIE (1) Rayer la mention inutile

Je soussigné(e) : ....., Autorise (1)

Nom : ..... Tél. .... /... /... /... /...

Nom : ..... Tél. .... /... /... /... /...

Nom : ..... Tél. .... /... /... /... /...

à prendre en charge mon enfant en cas d'absence.

ou autorise (1)

mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs, sans que la responsabilité de la communauté de communes ou de la commune puisse être engagée.

## AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné : .....responsable de l'enfant,

- déclare inscrire mon enfant à l'accueil de loisirs, dont j'ai pris connaissance du règlement intérieur dans sa totalité et m'engage à le respecter

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités,

- décharge les intervenants de toutes responsabilités hors des horaires d'ouverture,

autorise ou  n'autorise pas la structure à photographier, publier, exposer et diffuser la photographie de mon enfant.

autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CAF pour une tarification modulée.

Signature :

Date : ..... /..... /..... (précédée de la mention " lu et approuvé ")

**SEPTEMBRE 2023  
À AOÛT 2024**

**PHOTO**

## TELEPHONES

Domicile :

.../.../.../.../...

.../.../.../.../...

Travail :

Père

.../.../.../.../...

Mère

.../.../.../.../...

Portable :

Père :

.../.../.../.../...

Mère :

.../.../.../.../...

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION,  
OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

### 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS ou OBLIGATOIRE pour les enfants nés à partir de janvier 2018	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Méningocoque	
Ou Tétracoq				Méningites HIB	
BCG				Pneumocoque	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	VARICELLE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ANGINE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	OTITE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	OREILLONS	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

### 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

### 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES**  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES