



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 2024
À AOÛT 2025**

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	
BCC				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