Communauté de Communes des Cévennes Gangeoises et Suménoises

FICHE 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

SEPTEMBRE 2026 À JUILLET 2027

PHOTO

ENFANT

NOM : .....
PRENOM : .....

N é(e) le : ...../..... /.....à.....

Sexe : Masculin F éminin
Ecole : ..... Classe : .....

PARENTS - RESPONSABLE LEGAL

Nom/Prénom ..... Nom/Prénom .....
Adresse ....
Code postal/Ville..... .....
Courriel..... .....

Situation familiale :.....
Nombre d'enfants à charge : :.....
En cas d'absence, contacter :
M.....Tel.../.../.../.../...
M.....Tel.../.../.../.../...
M.....Tel.../.../.../.../...

TELEPHONES

Domicile :
.../ .../... /.. ./...
.../ .../... /.. ./...

Travail :
Père
.../ .../... /.. ./...
Mère
.../ .../... /.. ./...

Portable :
Père :
.../ .../... /.. ./...

Mère :
.../ .../... /.. ./...

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 réglement 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 (précédée de la mention : "lu et approuvé") :

Date.....

Joindre attestations d'assurances péri et extrascolaires + Copie des vaccinations + Attestation CAF ou MSA

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

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 RECOMMANDES ou OBLIGATOIRE pour les enfants nés à partir de janvier 2018	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyelite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Méningocoque	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				BCG/Autres (préciser)	

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** 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		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		SCARLATINE	
OUI ❑	NON ❑	OUI ❑	NON ❑	OUI ❑	NON ❑	OUI ❑	NON ❑	OUI ❑	NON ❑

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI ❑	NON ❑	OUI ❑	NON ❑	OUI ❑	NON ❑	OUI ❑	NON ❑

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)

.....

.....

.....

☐ **REPAS SANS PORC** ☐ **PAI (Joindre une copie)**

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES EVENTUELS TROUBLES, HANDICAPS (TDA-TDAH,...),
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN P^RÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 REGLEE ? oui ❑ non ❑

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM: _____

ADRESSE

_____

_____

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 à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature :

.....

.....

.....