

NOM : _____ Prénom : _____ né(e) le ___ / ___ / ___
 Adresse (complète) : _____ à _____
 _____ âge ans
 Téléphone : Adresse mail parents : _____
 Adresse mail jeune : _____
 Nom et numéro d'assurance de l'enfant :

Votre enfant a-t-il eu (1)

* des maladies infectieuses		* des maladies chroniques	
- scarlatine	oui - non	- asthme	oui - non
- oreillons	oui - non	- épilepsie	oui - non
- coqueluche	oui - non	- otites	oui - non
- rougeole	oui - non		
- rubéole	oui - non		
- varicelle	oui - non		

(1) rayer la mention inutile
 * si oui, a-t-il actuellement un traitement quotidien et lequel ? _____

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?
 * lesquelles ? _____
 * dates des opérations ? _____

Votre enfant est-il allergique ? * si oui, précisez (médicaments, animaux...): _____

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?
 * si oui, précisez : _____

En cas d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il :

* des drains dans les oreilles ?	oui - non
* des lunettes ?	oui - non
* des lentilles de contact ?	oui - non

Nom et adresse du médecin traitant : _____
 Tél. :

Je soussigné(e) M, Mme _____
 Responsable légal du jeune _____

L'autorise à rentrer seul _____

Autorise :
 M., Mme, Melle _____
 M., Mme, Melle _____

à le reprendre à la sortie de l'accueil

Ou nous viendrons le rechercher tous les jours.

Ou A rentrer seul à la maison en descendant du car _____

À _____
 le / / 2015
 Signature du responsable légal

D O S S I E R M E D I C A L

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Remplir obligatoirement toutes les rubriques (merci!)

Renseignements	Le Père	La Mère	Mon enfant bénéficiera t'il de la carte loisirs : CAF MSA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non (si oui : nous en faire une copie)
Nom - Prénom			
Né(e) le :			
Profession			
N° de téléphone de l'employeur			
N° Sécurité Sociale			En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir est : Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : _____
Êtes-vous allocataire de : a CAF ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non n° d'allocataire : _____ a MSA ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non n° d'allocataire : _____ si autre régime préciser : _____		Caisse de:	_____ _____ _____

Les informations restent uniquement à usage professionnel et ne seront en aucune façon diffusées.

ACTE D'ENGAGEMENT :

Je soussigné(e)

responsable du jeune

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de Loisirs organisé par la CCalm et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées et à utiliser les moyens de transport prévus pour se rendre sur ces mêmes activités par les organisateurs et décharge ces derniers de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...). De même, j'autorise le centre à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations liées aux activités du Centre. J'autorise également les organisateurs à consulter mon quotient familial sur le site de la Caisse d'Allocations familiales « CAF pro » dédié à cet effet.

Je prévois également que mon enfant sera présent lors des vacances de :

Février 2015

- du 23 au 27 février
- restauration le midi
- transport par car

Pâques 2015

- du 27 au 30 avril
- restauration le midi
- transport par car

Été 2015

- du 6 au 31 juillet
- restauration le midi
- transport par car

Toussaint 2015

- date à définir
- restauration le midi
- transport par car

àle / /2015

Signature du responsable légal du jeune
à faire précéder de la mention « lu et approuvé »



(*) une confirmation d'inscription sera demandée avant chaque période