

**CENTRE DE LOISIRS LES GALOUPLOIS
AUZON**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame.....autorise
Monsieur, Madame :

-
-
-

A venir chercher mon (mes) enfant(s).....

Fait à Lu et approuvé.
Le Signature

~~~~~

Je soussigné(e) Monsieur, Madame.....autorise  
le centre de loisirs Les Galoupiots à utiliser les photos de mon (mes) enfants  
prises pendant les activités (articles journaux, expositions diverses dans les  
accueils, les mairies, journal des enfants,site internet de notre structure...)

Fait à ..... Lu et approuvé.  
Le ..... Signature

~~~~~

Je soussigné(e) Monsieur, Madame.....autorise
Le centre de loisirs Les Galoupiots à véhiculer mon (mes) enfants dans un
transport en commun (car, minibus...) lors des sorties organisées par le centre de
loisirs Les Galoupiots.

Fait à Lu et approuvé.
Le Signature

~~~~~

Numéro de Sécurité Sociale : .....  
Mutuelle : ..... N° d'adhérent : .....  
Numéro d'allocataire CAF : .....  
Quotient familial : .....  
N°attestation d'assurance extra-scolaire-----

**La Présentation de l'assurance est obligatoire pour l'inscription  
des enfants**

**Pièces à joindre à l'inscription : attestation d'assurance scolaire, cette  
fiche remplie, la copie des cartes Sécurité Sociale et d'allocation  
Familiale et un document attestant du quotient familial.**

Centre de loisirs :   
Accueil périscolaire :

**ANNEE 2018/ 2019**

**ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Age : ..... Date de naissance : .....

**PARENT OU RESPONSABLE LEGAL :**

Qui exerce l'autorité parentale ? .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Adresse mail lisible-----

Identité et adresse de l'autre parent :.....

.....

Téléphone.....

Identité des beaux-parents-----

**Personne à joindre en cas d'urgence :**

Téléphone domicile : ..... Travail : .....

Portable : .....

Adresse : .....

Médecin de famille : .....

**Professions des parents :**

Père : ..... Employeur : .....

Mère : ..... Employeur : .....

**AUTORISATION DES PARENTS**

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant inscrit sur la présente  
fiche, l'autorise à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs  
Les Galoupiots à Auzon dont je connais le fonctionnement et le  
règlement intérieur (remis en début d'année scolaire) grâce à la lecture  
des divers documents d'informations.

Date.....Signature.....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de l'enfant).

| Vaccins Obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Rougeole            |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Oreillons           |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Rubéole             |       |
| Coqueluche           |     |     |                            | Méningocoque        |       |
| Ou DT Polio          |     |     |                            | Autres              |       |
| BCG                  |     |     |                            |                     |       |

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.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance sur le Centre.  
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)

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole  Varicelle  Angine   
Scarlatine  Coqueluche  Otites   
Rougeole  Oreillons   
Rhumatisme Articulaire Aigue

### Allergies :

Asthme OUI  NON  Médicamenteuses OUI  NON   
Alimentaire OUI  NON  Autres.....

### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(Si automédication le signaler).....  
.....

**INDIQUEZ LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) **EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

.....  
.....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaire, etc...

.....  
.....

### MEDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Certificat de non contre-indication aux activités sportives pratiquées sur le centre de loisirs.

Signature et cachet du médecin

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) ..... Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à signaler à la directrice du centre tout changement concernant l'état de santé de l'enfant.

Date.....Signature.....