



# FICHE SANITAIRE D'INSCRIPTION AUX CENTRES DE LOISIRS 3-12 ANS

## 2023 - 2024

Photo  
d'identité  
à coller

### RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans Sexe :  Féminin  Masculin

École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

P.A.I. / Handicap :  Oui  Non Régime alimentaire :  Non  Sans porc  Sans viande

### REPRÉSENTANT LÉGAL 1

Père  Mère  Autre

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP / Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Situation familiale :

Marié (e)  Divorcé(e)  Vie Maritale

Pacsé(e)  Autre : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone pro : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### REPRÉSENTANT LÉGAL 2

Père  Mère  Autre

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adresse (si différente du représentant légal 1) : \_\_\_\_\_

CP / Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Situation familiale :

Marié (e)  Divorcé(e)  Vie Maritale

Pacsé(e)  Autre : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone pro : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### INTERLOCUTEUR PRINCIPAL

Mère  Père  Autre : (Nom et lien avec l'enfant) \_\_\_\_\_

N° d'allocataire C.A.F. : \_\_\_\_\_ ou N° d'allocataire MSA : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de responsabilité civile : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Allergie(s) alimentaire(s) :  Oui  Non

Allergie(s) médicamenteuse(s) :  Oui  Non

Asthme :  Oui  Non

Allergie au maquillage :  Oui  Non

*(dans le cadre des activités périscolaires)*

Votre enfant est-il en situation de handicap :  Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Date du dernier rappel DT Polio : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Représentant légal de l'enfant \_\_\_\_\_

- Déclare avoir pris connaissance et accepter les modalités d'inscription au centre de loisirs
- M'engage à respecter et à veiller au respect par mon enfant de son règlement intérieur
- Déclare avoir pris connaissance de l'éventuel protocole sanitaire gouvernemental en vigueur
- Autorise le personnel du centre de loisirs à prendre toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. En cas d'urgence vitale, les transports assurés par le SAMU se font obligatoirement vers l'hôpital Yves Le Foll (sauf en cas de sortie).
- Certifie exactes les informations portées sur le présent document
- Autorise la Ville de Trégueux à :
  - prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités scolaires et périscolaires et accepte la parution de celles-ci dans les journaux municipaux  Oui  Non
  - Transporter mon enfant en véhicule  Oui  Non
  - Maquiller mon enfant  Oui  Non
  - Laisser mon enfant rentrer seul(e)  Oui  Non

Fait à \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

## CONTACTS AUTORISÉS

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant et à être prévenue(s) en cas d'urgence (**autre que les représentants légaux**).

1 Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

2 Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

3 Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

