



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 : _____

