

**FICHE D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS  
DU VAL D'ORNE 2012**

**VOTRE ENFANT**

NOM ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... à .....  
Nationalité ..... Sexe : Garçon  - Fille

**RESPONSABLE LEGAL**

Responsable : Père  - Mère  - Tuteur   
NOM ..... Prénom .....  
Adresse .....  
☎ ..... Personne à prévenir en cas d'urgence : .....  
..... ☎ : .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Père Profession .....  
Employeur .....  
N° tel employeur .....  
Mère Profession .....  
Employeur .....  
N° tel employeur .....

Organisme de sécurité sociale .....  
Adresse .....  
N° d'immatriculation couvrant l'enfant .....

Organisme versant les allocations familiales : CAF  MSA   
Adresse .....  
N° d'allocataire : ..... Quotient familial .....

Monsieur / Madame ..... certifie :

- avoir pris connaissance du règlement du Centre de Loisirs du Val d'Orne,
- que mon enfant ..... est autorisé / n'est pas autorisé (\*) à quitter le Centre de Loisirs seul,
- que j'autorise / je n'autorise pas (\*) la diffusion de photos de mon enfant pour des expositions ainsi que sur le site internet de votre centre de loisirs,
- que toutes les personnes suivantes sont habilitées à venir chercher mon enfant au Centre de Loisirs : .....

Fait à ....., le ..... Signature (obligatoire) :  
(\*). (Rayer la mention inutile)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**VACCINATIONS - Joindre obligatoirement une photocopie de la page de carnet de santé concernant les vaccinations de votre enfant**

**ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHE**

<i>Vaccins pratiqués</i>			<i>Date</i>	<i>Vaccins pratiqués</i>			<i>Date</i>
DT polio	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>		prise polio	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
DT coq	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>		Hépatite B	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Tétracoq	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>		Rappels	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS			
Dates		Dates		Précisez	Dates		

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

	Nature	Dates
Injections de Sérum		

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
VARICELLE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OTITE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
ANGINE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
RHUMATISME	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
SCARLATINE	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

### INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies hospitalisations, opérations, rééducation)+ DATE


### MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... N° Tel : .....

### TRAITEMENT MEDICAL

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement médical ? NON  OUI

Si oui, lequel ? .....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... ? Précisez : .....

**Important** : Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Je soussigné, ....., responsable de l'enfant, l'autorise à participer à toutes les activités du centre y compris les activités physiques et de pleine nature sauf : .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures médicales ou chirurgicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ....., Le..... Signature (obligatoire) :