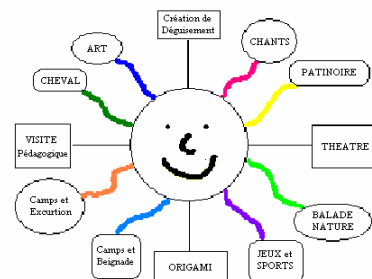




## FICHE D'INSCRIPTION

# Centre de loisirs du Pays Thibérien



**Les Mini Monstres (3/5ans),  
Les P'tits Monstres (6/11ans), les grands Monstres (12/16 ans)**

### L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

GARCON

PRENOM : \_\_\_\_\_

FILLE

Né (e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_ à \_\_\_\_\_ (dept : \_\_)

Personne habilitée à venir chercher l'enfant (autre que les parents) : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Nom et adresse de l'assurance responsabilité civile couvrant l'enfant:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

### Situation Médicale :

( dans le carnet de santé )

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

Date BCG : \_\_ / \_\_ / \_\_ dernier rappel BCG : \_\_ / \_\_ / \_\_

TEST + ou -

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Recommandations Médicales : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres recommandations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Si votre enfant est sous traitement médical, vous devez dès votre arrivée au centre, le transmettre aux animateurs et joindre obligatoirement l'ORDONNANCE aux médicaments.***

***Le Directeur du centre est habilité à prendre toutes les mesures d'urgences pour soigner votre enfant. En cas d'incident grave, d'hospitalisation ou de visite chez un médecin vous en serez informé dans l'heure. Vous vous engagez à rembourser les dépenses médicales qui pourraient être faites pour votre enfant.***

Activités extra centre pendant le temps d'accueil:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PHOTO

### Mode de garde :

- Famille
- Famille d'accueil
- Mère
- Père
- Grands Parents
- Tuteur

### Nom du medecin de l'enfant :

\_\_\_\_\_

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

**PARENT (S)**

Mr et Mme       Mademoiselle   
Madame       Monsieur

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

Prénoms : \_\_\_\_\_

N° de téléphone domicile : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  
Liste rouge :

Adresse E-MAIL: \_\_\_\_\_

N° de téléphone portable :

mère : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

père : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Situation de famille :

Célibataire       vie maritale       marié   
Séparé       divorcé       veuf

Profession de la mère : \_\_\_\_\_

Employeur de la mère : \_\_\_\_\_

N° de téléphone travail : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Profession du père : \_\_\_\_\_

Employeur de la mère : \_\_\_\_\_

N° de téléphone travail : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

N° de sécurité social qui couvre l'enfant : **(obligatoire)**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom de l'allocataire qui couvre l'enfant : \_\_\_\_\_

Numéro de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légale de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures ( traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicales ) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant uniquement pour les activités et la promotion de l'accueil de loisirs.

Le \_\_ / \_\_ / \_\_ à

\_\_\_\_\_

signature(s)  
parents et enfant

**Bénéficiaire de :**

- Bon Caf   
Quotient familiale \_\_\_\_\_ €

- Bon MSA   
Montant de l'aide \_\_\_\_\_ €

- Comité d'entreprise   
Coordonnées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Montant de l'aide : \_\_\_\_\_ €

**Caisse de cotisation d'assurance maladie :**

Régime général ( URSSAF )

MSA

Fonction public

Autre

**Caisse d'allocation :**

CAF 24

Autre CAF   
N° département : \_\_

MSA 24

Autre

/