

CENTRE ADOS : FICHE DE LIAISON

Date : du 8/04 au 19/04 - Horaires d'ouverture de 14h00 à 18h00

Lieu : Structure 1,2,3 Soleil en Médiathèque

Identité de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date et lieu de naissance : _____ à _____
Adresse : _____
Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Modalités d'inscription

Séjour complet ou du 8/04 au 12/04 ou du 15/04 au 19/04

Identité des parents

Père

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Courriel : _____
Téléphone personnel ou portable : _____ Téléphone professionnel : _____

Mère

Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Courriel : _____
Téléphone personnel ou portable : _____ Téléphone professionnel : _____

Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant : _____

Renseignements complémentaires

- Autorisation à participer aux différentes activités de l'accueil de loisirs
 Engagement à la fréquentation de façon régulière et sans interruption pendant les jours de fonctionnement
 Signalement que l'état général de l'enfant lui permet de suivre normalement les activités
 Autorisation donnée au directeur de l'accueil à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'accident grave

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Renseignements administratifs

Allocations familiales : CAF : N° : _____

Union Régionale N° : _____

Assurance des parents : Sécurité Sociale N° : _____

Société minière N° : _____

Assurance complémentaire : Organisme : _____

Fait à Leforest, Le :

Signature des parents ou du tuteur légal :

**DOCUMENT A RETOURNER EN MAIRIE, EN Y JOIGNANT LE REGLEMENT
INSCRIPTIONS AU SERVICE JEUNESSE - DATE LIMITE : 29 mars
(Toute demande incomplète ne sera pas retenue)**

Je m'appelle :

Je suis né(e) le

CENTRES ADOS : FICHE SANITAIRE

Renseignements médicaux

Vaccinations à jour (joindre la copie du carnet de vaccinations)

Traitement médical

Pour plus de lisibilité des informations, merci de joindre une copie de l'ordonnance ré-écrite à la main par les parents ainsi que les boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine mentionnant les nom et prénom de l'enfant

Détails :

Allergies

Alimentaires : _____

Médicamenteuses : _____

Difficultés spécifiques (ex : asthme...) : _____

Autres : _____

Conduite à tenir :

Renseignements alimentaires

Pas de viande

Pas de porc

Régime alimentaire spécifique (précisez) : _____

Renseignements complémentaires

Port de lunettes

Port de lentilles

Port de prothèse(s) auditive(s)

Autre (précisez) : _____

Je soussigné, _____

responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

