



CENTRE DE LOISIRS THELUS, ROCLINCOURT, ECURIE
ET FARBUS

FICHE D'INSCRIPTION 2025

RENSEIGNEMENTS – ENFANT

NOM : **PRENOM :**

Garçon Fille

Recommandations sanitaires particulières précisées dans la fiche sanitaire de liaison.

Date de naissance : **Age :**

Lieu de naissance : Département :

RENSEIGNEMENTS – RESPONSABLE LEGAL

NOM du Responsable légal 1 :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone (où vous êtes rapidement joignable) :

ADRESSE MAIL (afin de recevoir toutes les infos sur le centre de loisirs) :

NOM du responsable légal 2 : **Prénom :**

Adresse (*si différente*) :

Code postal : Ville :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS – RESPONSABLE LEGAL- SUITE

Situation de Famille

Marié(e) Divorcé(e) Concubinage PACS Seul (e)

N° Allocataire CAF ou MSA :

N° de Sécurité Sociale du responsable légal :

ASSURANCE

Organisme : N° d'adhérent :

Adresse :

Fournir une copie de votre attestation d'assurance

MUTUELLE

Organisme : N° de contrat :

Adresse :

Fournir une copie de votre carte de mutuelle

Profession du père : Profession de la mère :

Employeur : Employeur :

AUTORISATIONS ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Je soussigné(e),, responsable légale de

..... AUTORISE (*veuillez cocher les cases correspondantes*):

- Mon enfant à rentrer seul à la maison après le fonctionnement du centre.
- Mon enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre que s'il est accompagné de :

Nom - Prénom	Lien de parenté	Âge

**Ou de toute autre personne, ne figurant pas sur cette liste et pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.*

Pour tous les enfants :

- à participer aux activités organisées par le centre de loisirs (transports compris)
- à participer aux mini camps (uniquement pour les centres de loisirs été)
- à voyager : en voiture individuelle, mini bus ou par moyen de transport collectif

Notre enfant : **sait nager (fournir le brevet de natation)** **ne sait pas nager**

Si exceptionnellement mon enfant devait **sortir avant 17 heures 30**, je m'engage à fournir une **décharge de responsabilité** au responsable du séjour.

Nous autorisons les responsables des séjours à **prendre notre enfant en photo**, à être photographié par la presse, autorise l'utilisation des supports visuels ou audio sur lesquelles il figure pour les besoins de communication des centres de loisirs (reportages photo – film...)

Lu et Approuvé,

à _____, le _____.

Signature du responsable légal (précédée de son identité en toutes lettres)

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

Cette fiche éditée par le Ministère de la jeunesse et des Sports, inscrite au Code de l'Action sociale et des Familles, permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Il vous est demandé de remplir cette fiche avec précision – l'intégralité des renseignements peuvent nous être très précieux. Les renseignements portés sur cette fiche sont strictement confidentiels et ne seront utilisés que par le Directeur du séjour ou l'animateur en charge du suivi de votre enfant, si nécessaire.

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou fournir les photocopies

Cette fiche est valable pour l'année 2025.

Toutefois, il est de votre responsabilité de nous faire connaître toutes modifications (même minime) concernant le suivi sanitaire de votre enfant et de nous transmettre les mises à jour concernant sa couverture d'assurance maladie et document d'assurance en responsabilité civile.

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoque					
BCG					

*si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit un traitement médical pendant le séjour : OUI NON

Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE !

Votre enfant mouille-t-il son lit ? OUI NON OCCASIONNELLEMENT

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON

Votre enfant a-t-il déjà eut les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	SCARLATINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI NON
OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	COQUELUCHE OUI NON	
ALLERGIES	ASTHMES OUI NON	MEDICAMENTEUSES <u>Précisez :</u> OUI NON		
	ALIMENTAIRES OUI NON	AUTRES <u>Précisez :</u> OUI NON		

Nom du Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (*si auto médication le signaler*)

.....
.....
.....
.....

VEUILLEZ INDIQUER : Les DIFFICULTES DE SANTE (*maladie – accident - crises convulsives – hospitalisation – opération - rééducation*) en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires – NOTIFIER EGALEMENT LES RECOMANDATIONS ALIMENTAIRES (régime – contre-indications – religieux -) etc... Précisez...


.....
.....
.....
.....

CERTIFICAT D'EXAMEN MEDICAL

Je soussigné (e),
Docteur
Certifie avoir examiné
M.....
Domicilié (e).....

Et (*prière de mettre une croix dans les cases prévues à cet effet*)

- N'avoir décelé aucune affection physique, infectieuse ou mentale incompatible avec l'accueil de mineurs.
- Avoir recherché des signes évocateurs de la tuberculose
- Avoir procédé au contrôle des vaccinations obligatoires et recommandées (T. Polio, BCG, Hépatite B, ROR).
- Ne présente aucune contre-indication aux activités physiques et sportives, y compris activités physiques intensives.

 Indiquer le nombre de cases cochées

Fait à, le

Cachet et signature du médecin

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e),
.....
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 – anesthésie - ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux Chirurgicaux et pharmaceutiques.

Date :

Signature

FEUILLE ANNEXE – VACANCES PRINTEMPS

(À remplir pour chaque période de vacances)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

SERVICES SUPPLEMENTAIRES

Cantine : Oui Non

Garderie matin : Oui Non

Garderie soir : Oui Non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Allergies : Oui Non

(Si oui, préciser : _____)

Porte un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Médecin traitant :Téléphone :

Autorisation d'administration de médicaments en cas d'urgence : Oui Non

AUTORISATIONS

Autorisation de sortie encadrée : Oui Non

Autorisation de prise de photos pour communication municipale : Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom :Téléphone :

Nom :Téléphone :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom :

TELEPHONE :

Date :
Signature du responsable légal

FEUILLE ANNEXE – VACANCES ETE

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Période concernée : du 07/07/2025 au 11/07/2025 du 15/07/2025 au 18/07/2025 du 21/07/2025 au 25/07/2025

SERVICES SUPPLEMENTAIRES

Cantine : Oui Non

Garderie matin : Oui Non

Garderie soir : Oui Non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Allergies : Oui Non

(Si oui, préciser : _____)

Porte un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Médecin traitant :Téléphone :

Autorisation d'administration de médicaments en cas d'urgence : Oui Non

AUTORISATIONS

Autorisation de sortie encadrée : Oui Non

Autorisation de prise de photos pour communication municipale : Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom :Téléphone :

Nom :Téléphone :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom :

TELEPHONE :

Date :
Signature du responsable légal

FEUILLE ANNEXE – VACANCES TOUSSAINT

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

SERVICES SUPPLEMENTAIRES

Cantine : Oui Non

Garderie matin : Oui Non

Garderie soir : Oui Non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Allergies : Oui Non

(Si oui, préciser : _____)

Porte un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Médecin traitant :Téléphone :

Autorisation d'administration de médicaments en cas d'urgence : Oui Non

AUTORISATIONS

Autorisation de sortie encadrée : Oui Non

Autorisation de prise de photos pour communication municipale : Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom :Téléphone :

Nom :Téléphone :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénom :

TELEPHONE :

Date :
Signature du responsable légal