

**Centre de loisirs de Cessieu**  
Fiche d'inscription - 2009/2010

**Renseignements administratifs**

<b>Responsable 1</b> Père - Mère - Tuteur *		<b>Responsable 2</b> Père - Mère - Tuteur *	
Mariés	Divorcés	Veuf	Célibataire Pacs ou concubinage
<b>Nom</b> .....		<b>Nom</b> .....	
<b>Prénom</b> .....		<b>Prénom</b> .....	
Adresse .....		Adresse .....	
CP ..... Ville .....		CP ..... Ville .....	
Domicile ...../...../...../...../.....		Domicile ...../...../...../...../.....	
Portable ...../...../...../...../.....		Portable ...../...../...../...../.....	
Travail ...../...../...../...../.....		Travail ...../...../...../...../.....	
Adresse mail : .....		Adresse mail .....	

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant en cas d'absence des responsables:**

Nom ..... Tél : .....

Nom ..... Tél : .....

Nom ..... Tél : .....

**N° CAF**..... **Quotient familial**.....

**Prise en charge par un CE ou Aide financière**.....

**Nom du médecin traitant** .....**téléphone** ...../...../...../...../.....

**Autorisations :**

Je soussigné(e).....père - mère - tuteur\*, responsable légal de l'enfant,

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant oui non

Autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs pour se rendre à mon domicile oui non

Autorise le personnel du centre de loisirs à effectuer des photos de mon enfant, photos pouvant être utilisée sur les plaquettes municipales de la Ville de Cessieu. oui non

J'autorise mon enfant à aller à la piscine. oui non

J'autorise mon enfant à effectuer toutes les sorties prévues durant le centre de loisirs. En principe le transport s'effectue en car néanmoins, j'accepte qu'occasionnellement mon enfant soit véhiculé dans les voitures des animateurs ou dans celles des parents bénévoles. oui non

Déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et en accepte son contenu. oui non

## Protocole médical

### Enfant :

Nom..... Prénom..... Sexe : .....  
Date naissance : .. .. / .. .. / .. .. Age : ..... ans Classe .....

Allergie alimentaire : .....

Allergie médicamenteuse : .....

Asthme oui non Traitement : ..... Groupe sanguin ..... Nageur : oui non

Angine	Varicelle	Rhumatisme articulaire	Scarlatine	Rubéole	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non

### Vaccinations :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

**Informations complémentaires** (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires) :

.....  
.....

**Difficultés de santé** (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération) :

.....  
.....

Fait à Cessieu le..... Signature,