

**Adhésion 2022/2023**

⬜ Ind. ⬜ Famille

N° Carte : …………….

**Association Centre Socioculturel Centre-Ville**

**5 rue de Fontenay - 79000 Niort**

**7**

**Fiche d’inscription : Accueil de Loisirs - Place Jacques de Liniers 2022/2023**

**Enfant(s) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Né(e) le** | **Sexe M ou F** | **Nationalité** | **Ecole fréquentée** |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |
| **Adresse :** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Parent 1,** Nom Prénom : ……………………………  Né(e) le : ……………………………………………………  Adresse (*si différentes ci-dessus)* :  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………    N° Fixe : ………………………………………….  N° Portable : …………………………………..  N° Professionnel : …………………………..  Email : …………………………………………………………….  Profession : …………………….………………………………  Situation parentale : | **Parent 2**, Nom Prénom : ……………………………  Né(e) le : ……………………………………………………  Adresse (*si différentes ci-dessus)* :  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………    N° Fixe : ………………………………………….  N° Portable : …………………………………..  N° Professionnel : …………………………..  Email : …………………………………………………………….  Profession : ……….…………………………………………….  Situation parentale : |
| En cas de garde alternée, merci de nous indiquer le rythme de garde : | En cas de garde exclusive, merci de nous préciser le nom du parent responsable de la garde : |
| N° allocataire CAF ou MSA :  Q.F. :  ***Important****: sans informations relatives au calcul du QF, nous nous verrons dans l’obligation d’appliquer le tarif maximum.* | Nom et téléphone de(s) personne(s) autorisée(s) à venir chercher l’enfant :  Personne(s) non autorisée(s) à venir chercher l’enfant : |

**Autorisation parentale pour le déplacement des enfants de l’école vers l’accueil de loisirs**

 J’autorise un animateur de l’accueil de loisirs du CSC Centre-Ville à récupérer mes enfants à l’école Paul Bert, les mercredis midi pour les emmener à l’accueil de loisirs, place Jacques de Liniers.

**PHOTOS ET VIDEOS :** J’autorise mon enfant à être pris en photos ou vidéos pour une diffusion :

 Dans la structure et ou dans les documents de communication de la structure (plaquette, flyer, etc…)

 Dans les journaux locaux

 Sur le site internet de l’ACS et de la fédération Départementale des CSC

Je, soussigné(e)……………………………………………………………………………………………………………………

Responsable légal (e) de l’enfant, certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date et signature(s)

Nom Prénom de l’enfant ………………………………………….

**FICHE SANITAIRE**

**MEDECIN TRAITANT** Nom :………………………………….. Prénom……………………………….

Adresse………………………………………………………………………………..

N° de téléphone……………………………………………..

**NOM ET ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE**: …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**N°SECURITE SOCIALE** : …………………………………………………………………………………………………………..

**VACCINATIONS** **OBLIGATOIRES** (joindre une photocopie des vaccinations)

Diphtérie-Tétanos- Poliomyélite à jour : oui 🞏 non 🞏

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

L’enfant suit-il un traitement médical ? 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 et la posologie, et l’accord des responsables légaux)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

P.A.I. existant : oui 🞏 non 🞏 (si oui, fournir une copie avec le protocole d’urgence et la trousse médicale)

**L’ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole  oui 🞏 non 🞏 | Varicelle  Oui 🞏 non 🞏 | Angine  Oui 🞏 non 🞏 | Scarlatine  Oui 🞏 non 🞏 | Otite  Oui 🞏 non 🞏 |
| Coqueluche  Oui 🞏 non 🞏 | Rougeole  Oui 🞏 non 🞏 | Oreillons  Oui 🞏 non 🞏 | Rhumatisme Articulaire Aigu  Oui 🞏 non 🞏 | |

**ALLERGIES :**

ASTHME oui 🞏 non 🞏 MEDICAMENTEUSES oui 🞏 non 🞏

ALIMENTAIRES oui 🞏 non 🞏 AUTRES ………………………………………..

**PRECISEZ LA CAUSE DE L’ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**INDIQUEZ CI-APRES** :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Recommandations utiles des parents**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Je, soussigné(e),………………………………………………………………………………………… responsable légal(e) de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l’enfant.

DATE :………………………………………………………………… SIGNATURE :………………………………………………………………