

**INSCRIPTION  
ACCUEIL DE LOISIRS USCB  
DE BESSÉ SUR BRAYE - 2018/2019**

Cadre réservé

Tarif :  Q1       Q2  
Régime :  CAF       MSA



<b>Nom de l'enfant</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Date de naissance</b>			
<b>Responsable de l'enfant*</b>	<b>Père</b>	<b>Mère</b>	<b>Autre</b>
<b>Nom (père) :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Nom (mère) :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>		<b>CP :</b>	<b>Ville :</b>
<b>☎ Domicile</b>			
<b>☎ Portable</b>	<b>Père :</b>	<b>Mère :</b>	
<b>E-Mail :</b>			
<b>N° CAF :</b>		<b>N° MSA :</b>	
<b>Autorisation en cas d'urgence</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> J'autorise le responsable de l'activité à prendre en cas d'urgence, toutes mesures nécessaires et justifiées par l'état de mon enfant. <input checked="" type="checkbox"/> En cas de soin à donner d'urgence et si nécessaires d'anesthésie, j'autorise le responsable à présenter mon enfant au médecin ou centre hospitalier le plus proche. <input checked="" type="checkbox"/> En cas d'accident, mon enfant sera transporté à l'hôpital de secteur par les services de secours.			
<b>J'autorise mon enfant</b>			
<input type="checkbox"/> A participer à l'ensemble des activités proposées <input type="checkbox"/> A participer aux sorties prévues dans le cadre de l'Accueil de Loisirs			
<b>J'autorise la direction de l'accueil de Loisirs</b>			
<input type="checkbox"/> A transporter mon enfant par les moyens collectifs (car, minibus...) dans le cadre des activités de l'Accueil de Loisirs <input type="checkbox"/> A photographier ou filmer mon enfant et utiliser les documents uniquement pour des expositions, articles de journaux, site internet de la mairie... relatifs à l'accueil de Loisirs.			
<b>Autorisation de sortie (à venir chercher mon enfant)</b>			
<b>Les grands-parents ☎ :</b>		<b>Les voisins ☎ :</b>	
<b>Les frères et sœurs ☎ :</b>		<b>Autres ☎ :</b>	
<b>Mon enfant rentre seul</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
<b>Important</b>			
Les personnes non inscrites par les responsables de l'enfant sur cette fiche ne seront pas autorisées à venir chercher votre enfant			
<b>Pour un cas exceptionnel</b>			
Un mot daté et signé du responsable de l'enfant suffit pour que l'enfant soit confié à la personne porteuse de ce mot avec un justificatif de son identité.			
<b>A,</b>	<b>Signature des parents</b>		
<b>Date :</b>			

\* entourer ou cocher la case choisie



# Fiche Sanitaire – Accueil de Loisirs de Bessé sur Bray

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités de l'Accueil de Loisirs organisées. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

## 1- ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance :            /            /            Sexe\* : Garçon Fille

## 2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	

**SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

## 3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes\* ?

Rubéole	Otite	Rhumatisme articulaire aigu
Coqueluche	Angine	Oreillons
Varicelle	Rougeole	Scarlatine

Allergies\* :            Asthme            Alimentaires            Médicamenteuses            Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

-----  
-----

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

-----  
-----

## 4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,...

-----  
-----

## 5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... Prénom ..... Adresse .....

.....

Tél. fixe (et portable) du domicile : ..... du bureau .....

NOM et Tél. du médecin traitant .....

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

**DATE ET SIGNATURE**

\* Rayer la mention inutile

