



**DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT 2020/2021**  
**AIDE AUX DEVOIRS – ACCUEIL DE LOISIRS**

Centre Social et Culturel de Beaudésert  
81 avenue des marronniers - 33700 MERIGNAC  
☎ : 05 56 34 10 63 - E-mail : accueil@cs-beaudesert.fr

**CADRE RESERVE AU SERVICE**

Tranche quotient : .....  
Tarif ALSH : JOUR ..... €  
1/2 JOUR : ..... €  
Tarif AEPS : ..... €

N° de la carte d'adhérent

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
Fille  Garçon   
Date de naissance : ...../...../.....  
Et. scolaire : ..... Classe : .....  
Adresse :  des parents  du père  de la mère  
Numéro d'allocataire CAF : ..... QF : .....

Je, soussigné(e) .....

**Autorise mon enfant à sortir de l'école Ferdinand Buisson avec le Pédibus à 15h45 :**  
OUI  - NON   
pour se rendre à l'aide aux devoirs accompagné d'un animateur du centre social et culturel.

**Autorise mon enfant à sortir seul de l'aide aux devoirs et/ou de l'accueil de loisirs :**  
OUI  - NON

**Autres personnes autorisées à venir chercher mon enfant :**

**Nom, Prénom :** ..... **Tél portable :** .....  
Lien de parenté ou autre : .....  
**Nom, Prénom :** ..... **Tél portable :** .....  
Lien de parenté ou autre : .....

**Décharge de responsabilité :**

Autorise mon enfant à participer à toutes activités et les sorties proposées dans le cadre des actions menées par le Centre, aucune contre-indication médicale n'étant connue à ce jour.

**Droit à l'image :**

Autorise la prise et l'utilisation de l'image de mon enfant

Sur les supports suivants :  cadre exclusif du centre de loisirs,  affiches,  plaquettes du centre ou magazine municipal,  expositions,  insertions-presse,  film,  site internet page Facebook du centre social et de la ville.

Certifié exact, à .....

Date : ...../...../.....

Signature du représentant légal :

**RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (parents ou tuteur légal) :**

Père	Mère
NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : Numéro .....	Adresse : Numéro .....
Rue/Allée : .....	Rue/Allée : .....
.....	.....
Entrée ..... Appt .....	Entrée ..... Appt .....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....
Tél. domicile : ...../...../...../...../.....	Tél. domicile : ...../...../...../...../.....
Tél. portable : ...../...../...../...../.....	Tél. portable : ...../...../...../...../.....
Tél professionnel ...../...../...../...../.....	Tél professionnel ...../...../...../...../.....
Email : .....	Email : .....

Les deux parents sont-ils titulaires  
pleinement et conjointement de l'autorité parentale ? OUI - NON  
(en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant).

**ACTIVITE(S) CHOISIE(S) :**

Aide aux devoirs CP/CM2 16h30/17h30 : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi   
 Aide aux devoirs COLLEGE 17h30/18h30 : Lundi  Jeudi   
 Aide aux devoirs LYCEE : Samedi  14H/17H  
 Accueil de Loisirs (ALSH) : Mercredis  Vacances

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : .....

Prénom : .....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE  
TEMPS D'ACCUEIL DE L'ENFANT (lors de sortie et, séjours)  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

N ° de sécurité sociale (auquel l'enfant est rattaché) \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRE	DATES DES DERNIERS RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉ	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq			
BCG			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui et que l'enfant participe à un séjour, 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 médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME SCARLATINE ARTICULAIRE AIGÛ</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Mon enfant a fait l'objet d'un **PAI** : OUI  NON  ou d'un **PAP** : OUI  NON

**ALLERGIES** : ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON

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 LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

PRÉCISEZ : .....

### ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE :

Compagnie : ..... N° contrat : ..... Validité : .....

CAF : ..... MSA : ..... AUTRE : .....

### 5 - PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom & Prénom : .....

Tél portable : ..... Professionnel : .....

Lien de parenté ou autre : .....

### 6 - MÉDECIN TRAITANT

**NOM** : .....

**TELEPHONE** : ..... **VILLE** : .....

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

Date : .....

Signature du représentant légal :