

NOM de FAMILLE de l'ENFANT

FICHE d' ADHESION FAMILIALE du 1er SEPTEMBRE au 31 AOUT

Saison 2018/2019

<p><i>responsable légal : père ou concubin</i></p> <p>NOM _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>CP et ville _____</p> <p>Tél. domicile _____</p> <p>Portable _____</p> <p>Email _____</p> <p>Situat.famille <u> Marié Séparé Divorcé Veuf Pacsé Concubin</u></p> <p>Employeur _____</p> <p><i>(nom et ville)</i></p> <p>Profession _____</p> <p>Tél bureau _____</p>	<p><i>responsable légal : mère ou concubine</i></p> <p>NOM _____</p> <p>Prénom _____</p> <p>Adresse (si différente) _____</p> <p>CP et ville _____</p> <p>Tél. domicile _____</p> <p>Portable _____</p> <p>Email (si différent) _____</p> <p>Situat.famille <u> Mariée Séparée Divorcée Veuve Pacsée Concubin</u></p> <p>Employeur _____</p> <p><i>(nom et ville)</i></p> <p>Profession _____</p> <p>Tél bureau _____</p>
--	---

REGIME ALLOCATAIRE

R.Général MSA NC

Père Mère

N° allocataire Caf _____

Nbre d'enfants à charge _____

<i>prénom</i>	<i>date naissance</i>
Catégorie socio profess. <i>(entourer l'option)</i>	
<i>artisan ou commerçant - prof.libérales - cadre -</i>	
<i>sans profession - chômeur - agriculteur - employé</i>	
N° S.S. _____	
<i>couvrant l'enfant</i>	
Quartier _____	
<i>(entourer l'option) *Centre, * B.Barolles, * Champlong, * extérieurs à St Genis</i>	

QUOTIENT FAMILIAL *Date d'effet*

autre : tuteur, famille accueil, gd parents si hébergement

NOM _____

Prénom _____

Tél. Dom. _____

Portable _____

email _____

Profession _____

Employeur _____

(nom et ville)

Tél. bureau _____

J'autorise le Clesg à mettre des photos de mon(mes) enfant(s) sur son site internet, et autre support de communication dans le cadre des activités du centre.

En devenant adhérent au Clesg, je m'engage à participer à la vie associative et à **essayer d'être présent** lors de l'Assemblée Générale annuelle.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ces fiches et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et je m'engage à le respecter.

date et signature

FICHE INDIVIDU

NOM

Prénom

Garçon Fille

Date de naissance

N° S.Sociale
des parents

Scolarité

Classe

Etabl.scolaire

Repas spéciaux

le cas échéant

VG
sans viande

SP
sans porc

NOM des PARENTS

Tél en cas d'urgence et nom

Observations particulières

Personnes autorisées à récupérer mon (mes) enfant(s) au centre de loisirs.

(à l'exception des père et mère)

autorisation

⇒		parenté	
⇒		parenté	
⇒		parenté	
⇒		parenté	

Personnes interdites à récupérer mon (mes) enfant(s) au centre de loisirs.

interdiction (joindre la copie du jugement)

⇒		parenté	
⇒		parenté	
⇒		parenté	

J'autorise mon (mes) enfant(s)

Ø à participer aux sorties et/ou mini-camps organisés par le Centre de Loisirs à l'extérieur de la structure,

Ø à utiliser les modes de transports nécessaires (TCL, autocars, minibus, véhicule des permanents, sncf),

Ø à recevoir tout soin ou intervention chirurgicale urgente constatée par un médecin

(le Clesg s'engage à m'avertir immédiatement, le cas échéant)

date et signature,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de prévenir le Clesg pour la mise à jour des vaccins.

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	oui	non	dates des rappels	Vaccins recommandés	dates
<i>pour les plus jeunes</i>				Hépatite B	
D.T.C.P.				contre la méningite C	
R.O.R.				<i>(meninvact ou neisvac)</i>	
<i>à partir de 14 ans</i>			<i>rappel 2 injections</i>		
D.T.Polio sans la coqueluche				autres : préciser...	

Ø 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.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT

Votre enfant suit-il un traitement médical ?

oui

non

Ø Si **Oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants, dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice. Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

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

	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		
scarlatine		

	OUI	NON
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

Allergies

	OUI	NON
asthme		
alimentaires		
médicamenteuses		
autres		

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

Ø

Ø

Ø

Ø

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, difficultés scolaires, etc) en précisant le cas échéant les dates et précautions à prendre.



Autres recommandations utiles

port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, dentaires, etc.... Merci de préciser.



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

Date et signature