



Centre d'Animation du Calvaire Saint-Pierre

Certificat de vaccination à jour

Règlement intérieur lu et signé

DOSSIER D'INSCRIPTION

ALSH

ADOS

Nom : Prénom :

Date de naissance : et Lieu : Garçon Fille

Ecole et classe :

Régime alimentaire :

Mon enfant peut rentrer seul : Non Oui à partir de : h

Le Responsable Légal :

M. / Mme :

Prénom :

Téléphone (pour vous joindre en cas d'urgence) :

Centre d'Animation du Calvaire Saint-Pierre

7-9 rue de la Défense Passive - B.P 5005 - 14076 CAEN Cedex 5

Tel : 02.31.93.11.08 - Email : cacsp@outlook.fr

Site : www.cacsp.jimdo.com – Association loi 1901

NOM :

Prénom :

ALSH ADOS

Renseignements Responsables Légaux

Responsable n°1 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Code Postal :

Ville :

Tél (Fixe) :

Tél (Portable) :

Tél (Travail) :

Profession :

Email :

N° de sécu :

Situation Familiale :

marié(e) / divorcé(e) / séparé(e) / veuf(ve) /

célibataire / concubin(e) / pacsé(e)

Responsable n°2 :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Code Postal :

Ville :

Tél (Fixe) :

Tél (Portable) :

Tél (Travail) :

Profession :

Email :

N° de sécu :

Situation Familiale :

Marié(e) / divorcé(e) / séparé(e) / veuf(ve) /

célibataire / concubin(e) / pacsé(e)

Prestations Familiales

Régime général

n° allocataire caf :

MSA

n° allocataire MSA* :

Autre : n° allocataire* :

**Pour les familles allocataires MSA ou autre, merci de nous fournir votre dernier avis d'imposition.*

Fiche sanitaire de liaison

NOM ET NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

⇒ L'enfant suit-il un traitement au quotidien ? Oui Non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance récente avec la boîte d'origine du médicament marquée au nom de l'enfant avec la notice.

⇒ L'enfant dispose-t-il d'un P.A.I. ? Oui Non

Si oui, fournir une copie du protocole.

➤ AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE DANS ORDONNANCE

⇒ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	Otite	Rougeole	Scarlatine	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

⇒ L'enfant a-t-il des allergies (médicamenteuses, alimentaires, asthme, autres) ? Si oui, précisez les causes des allergies, les signes évocateurs et les conduites à suivre :.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS (Lunettes, appareils, opérations...)

Les Autorisations

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Contact en cas d'urgence	* Autorisé à venir chercher l'enfant
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

* Les enfants âgés de moins de 12 ans ne peuvent pas, pour des raisons légales, venir chercher leurs petits frères et/ou sœurs.

OUI	NON
-----	-----

J'autorise mon/mes enfant(s) à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs (sauf contre indications médicales) permises par la réglementation y compris les sorties à pied, à vélo, à la piscine et à utiliser les transports nécessaires :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

J'autorise mon/mes enfant(s) à se baigner (piscine / plage) :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

J'autorise mon/mes enfant(s) à être photographié, filmé ou enregistré durant les activités, et que ceux-ci soient utilisés à titre gratuit dans tout but non-commercial pour les besoins du Centre d'Animation (publicité, parution sur le site internet de la structure) :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux engagés par le Centre d'Animation du Calvaire Saint-Pierre (les justificatifs vous seront fournis).

Saison : Fait à : Le : Signature & mention « Lu et approuvé » :	Saison : Fait à : Le : Signature & mention « Lu et approuvé » :	Saison : Fait à : Le : Signature & mention « Lu et approuvé » :	Saison : Fait à : Le : Signature & mention « Lu et approuvé » :
---	---	---	---