



AUTORISATION DE SOINS ET DE SORTIE :

Je soussigné(e),

- ❖ Responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant CHU le plus proche ou CHU
- ❖ Autorise à ce même personnel à l'emmener, lors des promenades, pique-niques, etc ...
- ❖ Accepte également que mon enfant participe à toutes les activités extérieures au Centre de Loisirs ainsi qu'à celles nécessitant un moyen de transport.
- ❖ Autorise mon enfant à être filmé et photographié : OUI NON
- ❖ Sont également autorisées les activités suivantes :
 - PISCINE : OUI NON
 - LUGE : OUI NON
 - VELO : OUI NON
 - PATINOIRE : OUI NON
- ❖ Autorise mon enfant mineur de plus de 10 ans à quitter le centre de loisirs seul OUI NON

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- ❖ Photocopie du carnet de santé (vaccins)
- ❖ NOM du MEDECIN TRAITANT :
- ❖ Allergie : Asthme (O/N) : Alimentaire (O/N) :
Autre :
- ❖ Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir:
- ❖ PROTOCOLE ET TROUSSE D'URGENCE SI PAI

Indiquez ici les autres difficultés de santé, en précisant les dates :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? NON OUI

Si OUI, lequel

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS.

❖ Votre enfant fait-il la sieste : OUI NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom du père Prénom du père :

Adresse habituelle :

Nom de la mère Prénom de la mère :

Adresse habituelle :

Tuteur légal : PERE MERE

Date :

SIGNATURE :



Accueil de loisirs «LA CABANASSE»
Avenue de Cerdagne - 66210 LA CABANASSE
04-68-04-48-41 ou 06-29-79-47-41
DOSSIER D'INSCRIPTION Année 2017

- ❖ Nom et Prénom de l'Enfant :
- ❖ Date de naissance :
- ❖ Lieu de naissance :
- ❖ Nom et prénom du père

TEL :

Mail :

- Employeur :

Profession :

- ❖ Nom et Prénom de la Mère :

TEL :

Mail :

- Employeur :

Profession :

- Situation familiale :

- ❖ Vous relevez de quel régime : Général MSA Autres
- ❖ Numéro sécurité social auquel est rattaché l'enfant :
- ❖ Numéro d'allocataire CAF des PO ou Numéro matricule MSA Grand Sud :
- ❖ Attestation d'assurance : N° de police : Compagnie :

PERSONNE (S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET A QUI PEUT ETRE REMIS L'ENFANT :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant