



**FICHE D'INSCRIPTION**  
**Année 2011/2012**  
**Centre de Loisirs Baussenque**

Nom de l'enfant : .....Prénom.....

Sexe : .....Date de naissance.....

Adresse : .....

Ecole fréquentée.....

Relevez vous :  du régime général CAF  Autre

N° allocataire :

Quotient familial :

	<b>Père(ou responsable légal)</b>	<b>Mère</b>
Nom, Prénom		
Téléphone		
Adresse e-mail		
N° de Sécurité sociale		
Profession		
Nom et adresse de l'employeur		
<b>En cas d'urgence téléphone au travail</b>		

Liste des adultes autorisés à venir chercher l'enfant :

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>N° de Téléphone</b>

**PIÈCES À FOURNIR :**

- Photocopie carte de sécurité sociale
- Photocopie carte mutuelle ou attestation CMU
- Photocopie carnet de santé
- 1 photo
- 1 bon CAF (uniquement pour les vacances)
- Certificat médical (à partir de 6ans)
- Carte d'adhésion 8€
- Attestation de Responsabilité civile
- Règlement intérieur signé

**AFFAIRE À FOURNIR POUR LES 3/6 ANS**

- 1 Drap + couverture
- 1 Brosse à dent
- 1 Dentifrice
- 1 Gobelet
- Des vêtements de rechange

## **AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_

- \* déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- \* autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs.
- \* autorise le Centre de Loisirs à utiliser les photographies où apparaît mon enfant pour parution dans les brochures, bulletins municipaux et intercommunaux.
- \* autorise le Directeur du Centre de Loisirs à faire soigner mon enfant
- \* à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin.
- \* autorise M. ou Mme \_\_\_\_\_ qualité : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ qualité : \_\_\_\_\_

à reprendre mon enfant à la sortie du Centre de Loisirs.

- \* autorise mon enfant à repartir seul :  Oui  Non
- avec son frère, sa soeur:  Oui  Non

Date :

Signature :

## Certificat médical ( à partir de 6ans )

Je soussigné, Docteur : ..... certifie que

l'enfant ..... est apte à la vie en collectivité,

Est en bonne santé, ne présente aucun signe de maladie contagieuse et est apte à la pratique des activités suivantes :

**(Barrer l'activité qui ne peut être pratiquée et précisez la contre-indication)**

Canoë, Kayak, Optimist, Voile, Planche à voile, plongée sous marine, Ski-Bus, Catamaran, Natation avec palmes, masque et tuba, Cyclotouriste, Canyoning, Air Boat Luge d'été, Ski de piste, Ski de randonnée, Surf, Snow Blade, Luge, Raquettes, Conduite de chiens de traîneaux, Football, Baseball, Randonnée, Baignade, Piscine, Rafting, Acrobatie, Equitation, Spéléologie, Trampoline, VTT, VTC, Tir à l'arc, Paint Ball, Bicross, Sports collectifs, Tennis, Ping Pong, Cirque, Mini-Golf, Karting, Judo, Kung-Fu, Karaté, Lutte, Badmington, Escrime, Rollers, Hip-Hop, Boxe, Athlétisme...

Date et Signature :

Cachet du médecin :

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1°) MINEUR ACCUEILLI :

NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance :

Garçon

Fille

Poids du mineur :

### 2°) VACCINATIONS (le tableau ci-dessous doit être **accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé** sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

VACCINS * OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
		Hépatite B	
		Autres	

\* Rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs

### 3°) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI

#### a) Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Autres allergies : NON  OUI  Préciser à quoi : .....

Asthme : NON  OUI

Diabète : NON  OUI

Epilepsie : NON  OUI

Autres : NON  OUI  Préciser : .....

#### b) Le mineur suit-il un traitement médical régulier ? NON OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au Nom et Prénom du mineur avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

#### c) Le trouble de la santé implique -t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement?

NON

OUI

Si oui, **prendre contact avec le Directeur** de l'accueil de loisirs ou du séjour avec hébergement.

**d) Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, antécédents d'accidents, d'opération ...) : .....

**4°) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALEES PAR LES PARENTS** (l'enfant ou le jeune porteur-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

**5°) RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tel fixe et/ou portable Domicile : .....

Tél fixe et/ou portable travail : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Tél fixe et/ou portable Domicile : .....

Tél fixe et/ou portable travail : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

Il est rappelé que cette fiche sanitaire de liaison peut être remise sous enveloppe cachetée par les familles au Directeur de l'accueil de mineurs. Les informations communiquées restent confidentielles et seront restituées aux familles. Les fiches sanitaires de liaison doivent être renouvelées tous les ans. Toute modification en cours d'année concernant les renseignements ci-dessus devra être signalée au Directeur

**COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR : Centre Social Baussenque, 34 rue Baussenque  
13002 Marseille 04 91 91 29 59 Directrice Assia MEZIOU**

**COORDONNEES DE L'ACCUEIL DE MINEURS :**