



CSCS Léo Lagrange

52 Avenue Léon Blum
14460 COLOMBELLES

☎ 02.31.72.40.86
acm.leolagrange@gmail.com

Fiche d'inscription

Centre de Loisirs 2020 - 2021

Nom de votre enfant : Sexe : F M
 Prénom de votre enfant :
 Date de naissance : âge :
 Régime : CAF n°: Adresse :
 MSA n°: Adresse :
 Autres, lequel :

à remplir obligatoirement - à remplir obligatoirement - à remplir obligatoirement

Père ou Responsable légal
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 ☎ fixe :
 ☎ portable :
 ☎ professionnel :
 mail :

Mère ou Responsable légale
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 ☎ fixe :
 ☎ portable :
 ☎ professionnel :
 mail :

Êtes-vous sous tutelle financière ? oui non Organisme de tutelle :

- les autorisations - les autorisations - les autorisations - les autorisations -

- J'autorise mon enfant à partir seul après le centre de loisirs : oui non
- J'autorise mon enfant à être photographe ou filmer au centre de loisirs : oui non
- J'autorise le CSCS Léo Lagrange à transporter mon enfant vers les différents lieux d'activités : oui non
- En cas d'urgence, j'autorise le responsable de l'activité à prendre toutes mesures (hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant : oui non
- Si on ne pouvait vous contacter en cas d'urgence, notez les coordonnées d'une personne susceptible de le faire : Nom et ☎.....
- Personnes habilitées à récupérer votre enfant : Nom, prénom, qualité et ☎.....

En tant que responsable de l'enfant, je déclare exact les renseignements notifiés ci-dessus

Fait à Colombelles, le Signature du Responsable : _____

Info Remboursement : uniquement sur certificat médical au prorata jusqu'au 31 décembre (date limite de dépôt de la demande) avec une franchise de 10% sur la cotisation annuelle (frais de dossier).

- Fiche sanitaire à compléter impérativement -

→ Les vaccinations de votre enfant :

Vaccin obligatoire :

DT Polio : oui non Date :

Vaccins recommandés :

BCG : oui non Date :

ROR : oui non Date :

Hépatite B : oui non Date :

Méningite : oui non Date :

Autre (préciser) : oui non

→ Santé de votre enfant :

Médecin traitant de votre enfant :

Présente t-il des contres indications à la pratique d'activités physiques ? : oui non

Si oui, veuillez préciser et fournir un justificatif de votre médecin :

Présente t-il un handicap particulier ? : oui non

Si oui, veuillez préciser :

Bénéficie t-il de l'Aeeh ? oui non (si oui, fournir un justificatif)

Si besoin, autorisez-vous l'administration de Paracétamol à votre enfant ? : oui non

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires.... ?

Si oui, veuillez préciser :

→ Allergies :

Votre enfant est-il allergique (médicaments, aliments, animaux...) ? : oui non

Si oui, veuillez préciser et fournir un justificatif de votre médecin traitant :

→ Remarques particulières :

Les repas :

Votre enfant a t-il un régime alimentaire particulier ? : oui non

Si oui, veuillez le préciser (sans sucre, sans porc....) :

Si besoin, indiquez les difficultés de santé que vous jugerez bon de nous faire part pour le bien-être de votre enfant :

Je, soussigné(e), Responsable légal
de l'enfant,, déclare exacts les renseignements portés
sur cette fiche sanitaire.

Fait à Colombelles, le

Signature du responsable