



# CSCS Léo Lagrange

52 Avenue Léon Blum  
14460 COLOMBELLES

☎ 02.31.72.40.86  
acm.leolagrange@gmail.com

## Fiche d'inscription

## Centre de Loisirs 2017 - 2018

Sexe :  F  M

Nom de votre enfant : .....

Prénom de votre enfant : .....

Date de naissance : ..... âge : .....

N° de CAF : ..... Adresse CAF : .....

### 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 :

# - 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'AEH ?  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**