



CLSH avec accueil périscolaire
Rue de la Garenne
50560 Gouville sur mer
tel/fax: 02 33 47 63 85
n° agrément jeunesse et sport: 050ORG0100
<http://lesbulotins.free.fr>
E-mail : lesbulotins@hotmail.fr

Fiche d'inscription
année scolaire 2013/2014

L'enfant

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Responsable(s) légal(aux) de l'enfant

Père: nom et prénom:

Adresse:

Tel:/...../...../...../.....

Port:/...../...../...../.....

Mère: nom et prénom:

Adresse:

Tel:/...../...../...../.....

Port:/...../...../...../.....

Profession:

Employeur:

Tel:/...../...../...../.....

Profession:

Employeur:

Tel:/...../...../...../.....

Caisse d'affiliation

Numéro de sécurité social de l'enfant:

Numéro allocataire CAF:

Numéro allocataire MSA:

Numéro allocataire marine:

Carte loisirs: Carte A

Carte B

(joindre la photocopie)

Inscription à l'année: 20,00 euros par famille (règlement à part)

Inscription pour vacances: 5 euros par enfant (estivants)

Dans le cadre du centre de loisirs j'autorise mon enfant à rentrer seul: oui non

J'autorise les Bulotins à mettre sur leur site internet des photos sur lesquelles figure mon enfant: oui non

Si je souhaite recevoir des informations ainsi que mes factures par mail :@.....

Date

Nom et signature des parents

Fiche sanitaire
année scolaire 2013/2014
(joindre la photocopie des vaccins
ainsi qu'une attestation d'assurance scolaire)

Quelques renseignements utiles en cas d'urgence:

Personnes à prévenir:

Nom: Tel:
Nom: Tel:
Nom: Tel:

Nom du médecin traitant: Tel:

En cas d'urgence, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le service médical souhaité:
(Rayer la mention inutile) Hôpital(tel:.....) Clinique(tel:.....)

Principaux critères d'éviction de l'enfant:

- Signes d'une possible maladie grave comme fatigue très importante, difficultés respiratoires, teint gris.
 - Fièvre supérieure à 38°C.
 - Eruption fébrile ou accompagnée d'un changement de comportement, jusqu'au diagnostic par un médecin permettant le maintien en collectivité.
 - Conjonctivite purulente.(paupière collée).
 - Diarrhée patente et répétée
 - Vomissements (>2 en 24 heures)
 - Dysphagie (difficulté pour avaler), anorexie (manque d'appétit)
 - Infestation par des poux jusqu'à 24 heures après la mise en route du traitement.
-

Antécédents médicaux qu'ils vous semblent important de signaler en précisant les dates et précautions à prendre (ex : fractures, diabète, épilepsie,)

Allergies alimentaires ou autres et contre-indications médicamenteuses (merci d'indiquer la conduite à tenir et de signaler s'il y a automédication) :

L'enfant suit-il un traitement à l'année ? Oui / non :

SI oui : lequel (indiquer les produits et la posologie afin d'éviter une contre indication ou un surdosage lors d'une intervention)

Recommandations utiles du(es) responsable(s) légal(aux):

Je soussigné(e) Mme., M., déclare que mon enfant (nom et prénom)..... ne souffre d'aucune contre indication médicale empêchant les différentes activités.

Si des activités sont contre-indiquées veuillez les lister :

J'autorise les responsables des activités à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires à l'état de l'enfant: Traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale. J'ai bien note que le responsable légal sera prévenu au plus vite de la situation.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements inscrits sur cette fiche sanitaire.

Fait à : le.....
Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Nom et signature des parents