



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 2014/2015

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 2014/2015
(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 avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre « Les Bulotins » et m'engage à en respecter les modalités.

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