N° adh :

CLSH DU MERCREDI et ACTIVITES VACANCES

(valable du 1er septembre 2017 au 31 août 2018)

NOM : _____ Prénom_____

(de l'enfant)

Impératif si Bons vacances

Q.F :	N° allocataire :
	N° identifiant enfant :

ADRESSE PRECISE_____

CP _____ COMMUNE _____

NE(E) LE _____ AGE _____

TEL DOMICILE _____TEL TRAVAIL _____
TEL PORTABLE _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____, père, mère, tuteur, déclare :

- autoriser mon enfant _____ à participer aux différentes activités proposées au **Centre de Loisirs du mercredi après midi** et durant **les vacances scolaires,**
- autoriser le Directeur à prendre toutes les mesures nécessaires et faire procéder à l'hospitalisation en cas de besoin,
- autoriser mon enfant à rentrer seul(e) : OUI NON

Si non, personnes autorisées à le (la)
ramener :_____

- La Soierie a l'obligation d'informer les responsables légaux des mineurs concernés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent (article L. 227-5 du Code de l'action sociale et des familles).

Date et signature (précédées de la mention « lu et approuvé »)

J'INSCRIS MON ENFANT AUX ACTIVITES SUIVANTES :

ACTIVITE	LIEU	DATE	HEURE ARRIVEE	HEURE DEPART	SIGNATURE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS
DT Polio, DTP Date : Rappel :

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre le certificat médical de contre indication.

Médecin traitant : ----------

Tél : ----------

L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE VARICELLE ANGINE SCARLATINE
COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE
Autres : ----------

Difficultés de santé : maladies, accidents, allergies, opération.

Recommandations des parents (régime alimentaire, vigilances,....) :----------
----

L'enfant suit-il un traitement : oui non
Si oui, joindre l'ordonnance aux médicaments.

RESPONSABLE DE L'ENFANT :
NOM : _____ Prénom_____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date _____ Signature :

J'INSCRIS MON ENFANT AUX ACTIVITES SUIVANTES (suite) :

ACTIVITE	LIEU	DATE	HEURE ARRIVEE	HEURE DEPART	SIGNATURE

J'autorise le Centre Social de La Soierie à utiliser les photos sur lesquelles figure mon enfant pour ses documents d'information et son site internet :

□ Oui □ Non

(Conformément à la loi « informatiques et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communications des informations vous concernant, veuillez vous adresser à La Soierie.)