

## DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT

Centre Socio Culturel La Source  
58 Rue Edmond Rostand - 33185 Le Haillan  
☎ : 05 56 34 94 10 Fax : 05 56 12 82 - ✉ [esc@ville-lehaillan.fr](mailto:esc@ville-lehaillan.fr)

### ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Ecole : .....  
Adresse :  des parents  du père  de la mère  
Numéro d'allocataire CAF : ..... Quotient Familial : .....

### RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (parents ou tuteur légal) :

|   |   |
|---|---|
| Père  | Mère  |
| NOM : .....                                     | NOM : .....                                     |
| Prénom : .....                                  | Prénom : .....                                  |
| Adresse : Numéro .....                          | Adresse : Numéro .....                          |
| Rue/Allée : .....                               | Rue/Allée : .....                               |
| .....   | .....   |
| Entrée ..... Appt .....                         | Entrée ..... Appt .....                         |
| Code postal : .....                             | Code postal : .....                             |
| Ville : .....                                   | Ville : .....                                   |
| Tél. domicile : ...../...../...../...../.....   | Tél. domicile : ...../...../...../...../.....   |
| Tél. portable : ...../...../...../...../.....   | Tél. portable : ...../...../...../...../.....   |
| Tél professionnel ...../...../...../...../..... | Tél professionnel ...../...../...../...../..... |
| Email : .....                                   | Email : .....                                   |
| Nationalité : .....                             | Nationalité : .....                             |

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale? OUI - NON  
(en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant).

### ACTIVITE(S) CHOISIE(S) :

- Accompagnement à la scolarité (CLAS)  
 ALSH

Pour toute absence de votre enfant au CLAS ou à l'ALSH prévenir le Centre dès que possible au 05 56 34 94 10 ou sur [esc@ville-lehaillan.fr](mailto:esc@ville-lehaillan.fr)

### CADRE RESERVE AU SERVICE

Tranche quotient : .....  
Payé le : ...../...../.....  
Numéro de reçu : .....

Date d'adhésion : ...../...../.....

N° de la carte d'adhérent

Sports ou loisirs pratiqués : .....

### Décharge de responsabilité :

Je/Nous, soussigné(e)(s) .....  
autorise(ons) mon enfant à participer à toutes activités proposées dans le cadre des actions menées par le Centre, aucune contre-indication médicale n'étant connues à ce jour.

### Droit à l'image :

Je/Nous, soussigné(e)(s) .....  
autorise(ons) la prise et l'utilisation de l'image de mon enfant ..... sur les supports suivants :  cadre exclusif du centre de loisirs,  affiches,  plaquettes du centre ou magazine municipal,  expositions,  insertions-presse,  film,  site internet de la ville.

### Autorisation de sortie de l'ALSH :

Je/Nous, soussigné(e)(s) .....  
autorise(ons) mon enfant à quitter seul la structure : OUI - NON  
- à 17h30 s'il a entre 6 et 12 ans,  
- à ..... h..... s'il a entre 13 et 17 ans ou s'il pratique une activité sportive ou culturelle.

### Autres personnes autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom, Prénom : .....  
Tél portable : ..... Professionnel : .....  
Lien de parenté ou autre : .....  
Nom, Prénom : .....  
Tél portable : ..... Professionnel : .....  
Lien de parenté ou autre : .....

Certifié exact, à .....

Le, .....

Signature du Père

Signature de la Mère

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

1 - ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Garçon       Femme

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE TEMPS D'ACCUEIL DE L'ENFANT (lors de sortie et, séjours) ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

N° de sécurité sociale (auquel l'enfant est rattaché) \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRE | DATES DES DERNIERS RAPPEL | VACCINS RECOMMANDÉ         | DATES DES DERNIERS RAPPELS |
|---------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diphtérie           |                           | Hépatite B                 |                            |
| Tétanos             |                           | Rubéole-Oreillons-Rougeole |                            |
| Poliomyélite        |                           | Coqueluche                 |                            |
| Ou DT polio         |                           | Autres (préciser)          |                            |
| Ou Tétracoq         |                           |                            |                            |
| BCG                 |                           |                            |                            |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui et que l'enfant participe à un séjour, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| RUBÉOLE<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RHUMATISME SCARLATINE ARTICULAIRE AIGÛ<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                              |  |

Mon enfant a fait l'objet d'un PAI en 2014/2015 : OUI  NON   
**ALLERGIES** : ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON   
 ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler).....**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**  
**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :** .....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**  
 VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
 PRÉCISEZ : .....

**ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE :**  
 Compagnie : ..... N° contrat : ..... Validité : .....  
 CAF : ..... MSA : ..... AUTRE : .....

**5 - PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**  
**Nom & Prénom :** .....  
**Tél portable :** ..... **Professionnel :** .....  
 Lien de parenté ou autre : .....

**6 - MÉDECIN TRAITANT**  
**NOM :** .....  
**TELEPHONE :** ..... **VILLE :** .....

Je/Nous, soussigné(e)(s) ..... responsable(s) légal de l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... Signature : .....