



## Accueil de Loisirs Sans Hébergement "STADE DES PHOQUES" 2017

### Fiche d'inscription :

Nom..... Prénom .....

Date et lieu de naissance.....

Adresse de vacances .....

.....

Tél. : Port. : Port. :

Adresse permanente .....

.....

Tél. : Port. : Port. :

Régime d'assurance maladie: GENERAL  AGRICOLE  AUTRES REGIMES (snCF, ratp, edf, Educ Nat)

N° allocataire CAF :..... Quotient Familial : .....

Bénéficiaire carte loisirs (uniquement Caf de la Somme) : si oui (fournir une copie)

N° de sécurité sociale: .....Nom et N° de l'assurance de l'enfant : .....

### Autorisation Parentale :

Je soussigné(e) .....autorise .....

à participer aux activités du Stade des Phoques. J'atteste que .....  
sait nager/ne sait pas nager\* et qu'il est autorisé à se baigner/qu'il n'est pas autorisé à se baigner\*.

J'autorise ..... à quitter seul le Stade des Phoques à 12h et à 17h.

J'autorise Mr/Mme ..... à venir chercher mon enfant.

\*Rayer la mention inutile

**Horaires du STADE des PHOQUES : 10h00 /12h00 et 14h00/17h00 – Garderie GRATUITE de 12h à 14h00**

**Les enfants ne peuvent en aucun cas quitter l'enceinte du centre de loisirs avant les horaires définis sur le planning sauf sur demande parentale écrite.**

Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_ Tél. :

Profession : \_\_\_\_\_ Port. :

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_ Tél. :

Profession : \_\_\_\_\_ Port. :

**Coordonnées de la personne à contacter en cas d'accident** (personne sur place) : tél. : .....

Adresse : .....

Choisir les jours : **Case 1 : matin : 10h/12h - Case 2 : après-midi : 14h00/17h00**

10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22
24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	31	31	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
7	7	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19
21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	28	28	29	29	30	30	31	31				

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

En date du .....

Votre enfant est-il allergique ? Si OUI, à quels produits ? .....

.....

A-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? Si OUI, lesquelles ?.....

.....

Interventions chirurgicales subies : lesquelles et date ? .....

.....

Médicaments à donner à l'enfant (joindre ordonnance) : .....

.....

Médecin traitant : Tél. : .....

### Vaccinations : FOURNIR COPIE DES VACCINATIONS

Dates	DT polio	DTCP ou Tétracoq	ACT Hib ou Hibest	Pentacoq ou Penthibest	Engerix ou Génévac	ROR Le :
1 <sup>er</sup>						Dernier BCG
2 <sup>ème</sup>						Le :
3 <sup>ème</sup>						MONO TEST Le :
Rappel 1						
Rappel 2						
Rappel 3						

Renseignements complémentaires concernant la santé de l'enfant : .....

.....

Observations faites en cours de séjours : .....

.....

**Je soussigné (e) .....père, mère, tuteur, autorise les responsables de la structure EVEILS à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon fils, ma fille, pour des soins immédiats à la suite d'un accident survenu pendant l'activité de l'A.L.S.H. « Stade des Phoques » (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales).**

**Signature :**