

Photo obligatoire

Le Gesnois Bilurien  
Communauté de Communes

Communauté de Communes le Gesnois Bilurien  
Service Enfance Jeunesse  
rue de la Jugerie - 72440 Bouloire  
Tél 02 43 35 09 50 - Fax : 02 43 63 12 73  
Site : www.cc-paysbilurien.fr  
e-mail : servicejeunesse@cc-gesnoisbilurien.fr

## FICHE D'INSCRIPTION

### ENFANT :

Nom : ..... Prénom : ..... Né( e) le : ...../...../.....  
N° allocataire CAF ou MSA : ( ce numéro permet d'appliquer la facturation en fonction de votre Quotient Familial) : .....

École fréquentée : ..... Classe : .....

Autorisation de photographier, filmer et d'utiliser dans les médias : .....

Autorisation de partir seul ( e) et à quelles conditions : .....

Allergies, Menu spécifique ou tout autre renseignement : .....

*Merci de joindre une attestation de responsabilité civile*

### PARENTS OU REPRESENTANT LÉGAL

Qui exerce l'autorité parentale ?  Conjointe  Père  Mère  Tuteur

### PÈRE (ou représentant légal)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél domicile : ..... Tél mobile : ..... Tél Professionnel : .....

Mail : .....@.....

Nom et Adresse de l'employeur : .....

### MÈRE (ou représentante légale)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél domicile : ..... Tél mobile : ..... Tél Professionnel : .....

Mail : .....@.....

Nom et Adresse de l'employeur : .....

### PERSONNES HABILITÉES À REPRENDRE L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS (MENTION OBLIGATOIRE)

1) Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél : .....

2) Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél : .....

3) Nom : ..... Prénom : ..... Lien de parenté : ..... Tél : .....

### AUTORISATION DU OU DES PARENTS ( OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL)

Je soussigné ( e ) M.....(père, mère, ou tuteur) responsable légal de l'enfant .....l'autorise à participer aux activités physiques et sportives organisées par le service jeunesse de la Communauté de Communes, qu'elles soient animées par l'équipe encadrante ou par un organisme spécialisé, y compris hors de la commune.

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ayant pris connaissance du Règlement Intérieur, je l'approuve et m'engage à le respecter ainsi qu'à signaler au service jeunesse toute modification de son contenu dans les quarante huit heures maximum.

Fait à .....le ...../...../.....

Signature (s)

# Fiche sanitaire de Liaison

La réglementation prévoit que l'admission d'un mineur en accueil de loisirs est conditionnée à la fourniture préalable :

- . Des vaccinations obligatoires ou leurs contre-indications ( copie du carnet de vaccinations, certificats médicaux...)
- . Des antécédents médicaux ou chirurgicaux
- . Des pathologies chroniques

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ect...

Oui

Non

Si oui, précisez et indiquez les éventuelles précautions à prendre.....

Les enfants atteints d'allergies ou de handicap peuvent être accueillis après examen de leur situation

- Est-il atteint d'un pathologie chronique qui justifie la prise d'un traitement médical en accueil de loisirs?

Oui

Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants( boîte de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun traitement ne pourra être pris sans ordonnance.**

-L'enfant a-t-il eut les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

Autres ( préciser) :.....

-antécédents médicaux ou chirurgicaux :                      Oui                      Non

Si oui, précisez et indiquez les éventuelles précautions à prendre .....

## ALLERGIES ET RÉGIMES ALIMENTAIRES :

- ASTHME

Oui                      Non

- ALLERGIE(S) ALIMENTAIRE(S), MÉDICAMENTEUSE(S)

Oui                      Non

- RÉGIME ALIMENTAIRE

Oui                      Non

Précisez.....