

Fiche d'inscription — Centre Social Croix Mercier (validité de 3 ans)

Toute inscription aux activités proposées par le centre social implique l'acceptation du règlement intérieur.

Les données inscrites sur cette fiche seront utilisées exclusivement par le centre social Croix Mercier et ne seront pas divulguées.

Centre Social Croix Mercier	Adulte 1								
Nom / Prénom									
Date de naissance									
Autorisation photos/vidéos*	☐ Oui ☐ Nor	n		Oui Non					
Situation familiale	☐ Seul sans enfant ☐ Seul ave enfant(s) ☐ Autre	n couple sans enfa	ant 🗌 En	couple avec					
Adresse postale Code postal Ville									
Coordonnées téléphoniques	Fixe:///	<i>/</i>	Fixe :// Travail :/ Portable :/	//	/				
E-mail (réception de la facture obligatoire par email)	☐ j'accepte de recevoir 1f/mois infos	du centre social	☐ j'accepte de red	cevoir 1f/moi	s infos du centre social				
Situation professionnelle	Salarié : profession : Dem. d'emploi Retraité Autre :	Alloc. RSA	Dem. d'emplo	ession :					
Quotient familial	(fournir une attestation CAF ou un avis d'imposition) (fournir une attestation CAF ou un avis d'imposition								
Régime allocataire	Régime général (CAF)°: n° allo CAF:Régime agricole (MSA)°: n° séc sociale:	curité							
	Enfant 1	Enfar	nt 2		Enfant 3				
Nom									
Prénom									
Date de naissance	//	//		//					
Sexe	Fille Garçon	☐Fille ☐Garço	n	Garçon					
Régime alimentaire	Aucun Végétarien S. porc	Aucun Végéta	arien 🗌 S. porc	Aucun [Végétarien 🗌 S. porc				
Autorisation photos/vidéos*	Oui Non	Oui Non		Oui [Non				
Autorisation rentrer seul (10 ans et +)	Oui Non	Oui Non Oui Non							
Personnes autorisées à récupéro	er les enfants (<u>en dehors des adult</u>	es 1 et 2 des rubriq	ues ci-dessus) :						
Nom/Prénom/Tél/Lien				·····					
Nom/Prénom/Tél/Lien									

^{*}utilisation pour publications (site internet de l'association et tout support d'information relative à la promotion des activités)

	Année 1	Année 2	Année 3		
Adhésion	Date de prise d'adhésion :	Date de prise d'adhésion :	Date de prise d'adhésion :		
Individuelle (11€) (Uniquement valide pour une personne	//	//	/		
majeure)	<u>OU</u> Adhérent à : ☐ CS Bonnem ☐ ALCD	<u>OU</u> Adhérent à : ☐ CS Bonnem ☐ ALCD	<u>OU</u> Adhérent à : ☐ CS Bonnem ☐ ALCD		
	☐ Date de prise d'adhésion :	Date de prise d'adhésion :	☐ Date de prise d'adhésion :		
Adhésion Familiale (15€)	//	//	//		
	OU Adhérent à : CS Bonnem ALCD	OU Adhérent à : CS Bonnem ALCD	OU Adhérent à : CS Bonnem ALCD		
Date		//	//		
Signature					
	Si modifications de mes	s données, j'indique les chan	gements		
	<u>Si modifications de mes</u>	donnees, j marque les chan	<u>gements</u>		
Situation familiale		Si votre situation fa merci de refaire un d	G ,		
Tallillale		merci de relaire dir d	ossiei u inscription		
Adresse postale					
Code postal Ville					
		Travail adulte 1 :///	Travail adulte 1 :///		
Coordonnées téléphoniques		Portable adulte 1 :////	Portable adulte 1 :///		
		Travail adulte 2 ://// Portable adulte 2 :////	Travail adulte 2:///		
		Fortable addite 2///	Fortable addite 2///		
E-mail (réception de la facture					
obligatoire par email)		j'accepte de recevoir 1f/mois infos du centre social	j'accepte de recevoir 1f/mois infos du centre social		
Cirially		_	_		
Situation		Salarié	Salarié		
professionnelle		☐ Dem. d'emploi ☐ Retraité ☐ Alloc. RSA ☐ Autre :	☐ Dem. d'emploi ☐ Retraité ☐ Alloc. RSA ☐ Autre :		
Quotient familial		(fournir une attestation CAF ou un avis	(fournir une attestation CAF ou un		
		d'imposition)	avis d'imposition)		
Date		//	1 1		
Date					
Signature					



Otite

□non

□ oui

Rougeole

oui non oui

Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil. ☐ fille ☐ garçon Enfant: Date de naissance : Nom: Prénom: Adresse:.... Dates du séjour :.... Accueil: Séjour de vacances ☐ Accueil de loisirs ☐ Séjour dans une famille Adresse: I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **Vaccins** Dernier rappel **Vaccins** non Date oui non oui obligatoires recommandés Diphtérie Hépatite B Tétanos Rubéole Poliomyélite Coqueluche ou DT polio Autres (préciser) ou Tétracog B.C.G. Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication. II - Renseignements médicaux : L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? □ oui non Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Scarlatine Coqueluche Varicelle Angine non Oui non ☐ oui ☐ non oui 🗌 ☐ non ☐ oui ☐ non oui 🗌

Oreillons

□ non

Rhumatisme articulaire aigu

□non

□ oui

Allergies : médica		non asthme non autres	☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non							
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :										
Indiquer les diffic		accident, crises convulsives	, hospitalisation, opération,							
III - Recommand	ations utiles :									
		hèses auditives, des prothès								
	e légal de l'enfant :									
		Prénom :								
Adresse pendant	•									
Tél. domicile :										
Travail:/.										
Portable :	<i> </i>									
Nom et tél. du mé	decin traitant (facultatif) :									
et autorise le resp	onsable du séjour à prendr	éclare exacts les renseigne e, le cas échéant, toutes me dues nécessaires par l'état	esures (traitement médical,							
Signature (précéd	lée de la mention lu et app	rouvé): Date :								
Si modifications ci-dessous :	<u>, merci de remplir une no</u>	uvelle fiche sanitaire. Sin	on, merci de remplir							
Ci-dessous .	Année 1	Année 2	Année 3							
Date										
Signature										



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche Elle évite aux pa	permarents	et d de s	e recueil se démui	lir les info nir du cai	ormations rnet de sa	utiles pend anté et sera	ant rend	l'ac due	cueil de l'enfant. au terme de l'accu	ıeil.	
Enfant :											
Nom :Prénom :											
Adresse :											
Adresse :	il de lo dans	une 	s famille						cinations de l'enfar		
Vaccins obligatoires	oui	non		rappel	Va	ccins nmandés	oni	non	Date	,	
Diphtérie					Hépatite B						
Tétanos					Rubéole						
Poliomyélite					Coqueluche						
ou DT polio					Autres (préciser)						
ou Tétracoq											
B.C.G.											
par les vaccins obl II - Renseignemei	ligatoir nts mé	es. edic	Nota : le aux :	vaccin a	<u>nti-tétani</u>	que ne prés		au	n'a pas été immun cune contre-indica		
L'enfant doit-il suiv Si oui, joindre une d'origine, avec la r	ordor	nar	nce réce	nte et les	médica	ments corre	spo		oui ∐ non ants (<i>dans leurs bo</i>	îtes	
Attention : aucun ı	médic	ame	ent ne po	ourra êtr	e pris sa	ns ordonna	anc	е.			
_'enfant a-t-il déjà	eu les	ma	ladies su	ivantes 1	?						
Rubéole	V	aric	elle	Ang	gine	Scarlati	ne		Coqueluche		
oui non	□ oι	Ji .	non	☐ oui	non	oui [non		oui non		
Otite	Ro	oug	eole	Orei	Oreillons Rhumatisme articulaire aigu						
oui non	□ oι	<u> </u>	non	☐ oui	oui 🗌 non 📗 oui 🔲 non						

Allergies : médica aliment		non asthme non autres	☐ oui ☐ oui	non non					
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :									
Indiquer les diffici		accident, crises convulsives, récautions à prendre.	, hospita	alisation, opération					
III - Recommanda									
Préciser si l'enfant	porte des lunettes, des prot	thèses auditives, des prothès		aires, etc?					
IV - Responsable	légal de l'enfant :								
Nom :		Prénom :							
Adresse pendant									
Tél. domicile :									
Travail:/									
Portable :	<i>I</i>								
Nom et tél. du mé	decin traitant (facultatif):.			•••••					
et autorise le resp	onsable du séjour à prend	déclare exacts les renseigner re, le cas échéant, toutes me ndues nécessaires par l'état	esures (t	traitement médica					
Signature (<i>précéd</i>	lée de la mention lu et app	orouvé): Date :	/	/					
Si modifications, merci de remplir une nouvelle fiche sanitaire. Sinon, merci de remplir ci-dessous :									
	Année 1	Année 2		Année 3					
Date			/	·					
Signature									

Code de l'action sociale et des familles



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche j Elle évite aux par			Ilir les information nir du carnet de s				ueil.	Allergies : médica alimer Préciser la caus		non autres	☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non
Enfant :] fille	☐ garçor	n Date de r	naissance :							
Nom :				Prénom :				Indiquer les diffic	cultés de santé (maladie, a	accident. crises convulsives	
Adresse :						•••••			précisant les dates et les pr		,,
Accueil : Séjour de la Séjour	de lo dans	isirs une famille						III - Recommano	lations utiles : t porte des lunettes, des prot	hèses auditives, des prothès	es dentaires, etc ?
I - Vaccinations : (nt)		e légal de l'enfant :	Prénom :	
Vaccins obligatoires	oni	Dernie		accins mmandés	non	Date		Adresse pendant	le séjour :		
Diphtérie		<u> </u>	Hépati	te B							
Tétanos			Rubéo	le [Tél. domicile :		/	
Poliomyélite		<u> </u>	Coque					Travail :/			
ou DT polio		<u> </u>	Autres	(préciser)				Portable ·	.//		
ou Tétracoq		<u> </u>		L	 				édecin traitant (<i>facultatif</i>) :		
B.C.G.	_			1 > !!-	<u> </u>	414 :		Nom et tel. du mi	edeciii traitani (<i>racultatii)</i>		
Joindre un certificat par les vaccins oblig	gatoir	es. <u>Nota : le</u>									
II - Renseignement	s mé	dicaux :						Je soussigné, res	ponsable légal de l'enfant, d	éclare exacts les renseigne	ments portés sur cette fiche
L'enfant doit-il suivre Si oui, joindre une c d'origine, avec la no	rdon	nance réce	ente et les médica	iments corresp		oui ☐ non ants (<i>dans leurs b</i> e	oîtes		ponsable du séjour à prendr ntervention chirurgicale) ren		
Attention : aucun m		•		•	ce.			Signature (précé	dée de la mention lu et app	rouvé): Date :	/
L'enfant a-t-il déjà e		-	-						s, merci de remplir une no	uvelle fiche sanitaire. Sin	on, merci de remplir
Rubéole	Va	aricelle	Angine	Scarlatin	е	Coqueluche]	<u>ci-dessous :</u>	Année 1	Année 2	Année 3
oui non	🗌 οι	ıi 🗌 non	oui non	oui 🗌	non	oui non			7	7	7
Otite	Ro	ugeole	Oreillons	Rhumatis	me a	rticulaire aigu		Date			
oui non	□ or	ıi 🗌 non	oui non		oui	non		Date			

Signature