



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.

	Adulte 1	Adulte 2
Nom / Prénom	.....	.....
Date de naissance	.....	.....
Autorisation photos/vidéos*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Seul sans enfant <input type="checkbox"/> Seul avec enfant(s) <input type="checkbox"/> En couple sans enfant <input type="checkbox"/> En couple avec enfant(s) <input type="checkbox"/> Autre	
Adresse postale Code postal - Ville	.....
Coordonnées téléphoniques	Fixe :/...../...../...../..... Travail :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....	Fixe :/...../...../...../..... Travail :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....
E-mail (réception de la facture obligatoire par email) <input type="checkbox"/> j'accepte de recevoir 1f/mois infos du centre social <input type="checkbox"/> j'accepte de recevoir 1f/mois infos du centre social
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> Salarié : profession :..... <input type="checkbox"/> Dem. d'emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Alloc. RSA <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Salarié : profession :..... <input type="checkbox"/> Dem. d'emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Alloc. RSA <input type="checkbox"/> Autre :
Quotient familial	..... (fournir une attestation CAF ou un avis d'impôts) Je bénéficie des bons loisirs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mode de paiement privilégié	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique <input type="checkbox"/> Chèques <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> ANCV <input type="checkbox"/> CESU <input type="checkbox"/> Bons CAF	
Régime allocataire	<input type="checkbox"/> Régime général (CAF)° : n° allocataire CAF :..... <input type="checkbox"/> Régime agricole (MSA)° : n° sécurité sociale :.....	
Le bénévolat au Centre Social	J'aimerais être bénévole au centre social <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, j'aimerais être : <input type="checkbox"/> Bénévole ponctuel (<i>aide aux temps forts, conduite de bus sur une sortie, etc.</i>) <input type="checkbox"/> Bénévole d'activités (<i>Animer activité hebdomadaire, aider à l'aide aux devoirs, etc.</i>) <input type="checkbox"/> Bénévole administrateur (<i>ex : Membre du Conseil d'Administration 3 fois par année.</i>) Avez-vous une passion/savoir-faire que vous souhaitez partager ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Si oui, quel est-il ?	

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom	.....	.....	.....
Prénom	.....	.....	.....
Date de naissance/...../...../...../...../...../.....
Sexe	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> S. porc	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> S. porc	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> S. porc
Autorisation photos/vidéos*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autorisation rentrer seul (10 ans et +)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Personnes autorisées à récupérer les enfants (en dehors des adultes 1 et 2 des rubriques 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 Individuelle (11€) <i>(Uniquement valide pour une personne majeure)</i>	<input type="checkbox"/> Date de prise d'adhésion :/...../..... OU Adhérent à : <input type="checkbox"/> CS Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD	<input type="checkbox"/> Date de prise d'adhésion :/...../..... OU Adhérent à : <input type="checkbox"/> CS Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD	<input type="checkbox"/> Date de prise d'adhésion :/...../..... OU Adhérent à : <input type="checkbox"/> CS Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD
Adhésion Familiale (15€)	<input type="checkbox"/> Date de prise d'adhésion :/...../..... OU Adhérent à : <input type="checkbox"/> CS Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD	<input type="checkbox"/> Date de prise d'adhésion :/...../..... OU Adhérent à : <input type="checkbox"/> CS Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD	<input type="checkbox"/> Date de prise d'adhésion :/...../..... OU Adhérent à : <input type="checkbox"/> CS Bonnem <input type="checkbox"/> ALCD
Date/...../...../...../...../...../.....
Signature			

Si modifications de mes données, j'indique les changements

Situation familiale	Si votre situation familiale a changé, merci de refaire un dossier d'inscription	
Adresse postale CP - Ville	..........	..........
Coordonnées téléphoniques	Travail adulte 1 :/...../...../...../..... Portable adulte 1 :/...../...../...../..... Travail adulte 2 :/...../...../...../..... Portable adulte 2 :/...../...../...../.....	Travail adulte 1 :/...../...../...../..... Portable adulte 1 :/...../...../...../..... Travail adulte 2 :/...../...../...../..... Portable adulte 2 :/...../...../...../.....
E-mail	.....	.....
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Dem. d'emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Alloc. RSA <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Dem. d'emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Alloc. RSA <input type="checkbox"/> Autre :
Quotient familial	..... (fournir une attestation CAF ou un avis d'imposition)	..... (fournir une attestation CAF ou un avis d'imposition)
Date/...../...../...../.....
Signature		



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.

Enfant : [] fille [] garçon Date de naissance :
Nom : Prénom :
Adresse :

Accueil : Dates du séjour :
[] 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)

Table with 7 columns: Vaccins obligatoires, oui, non, Dernier rappel, Vaccins recommandés, oui, non, Date. Rows include Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, ou DT polio, ou Tétracoq, B.C.G., Hépatite B, Rubéole, Coqueluche, Autres (préciser).

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 ?

Table with 5 columns: Rubéole, Varicelle, Angine, Scarlatine, Coqueluche, Otite, Rougeole, Oreillons, Rhumatisme articulaire aigu. Each cell contains 'oui' and 'non' checkboxes.

Allergies : médicamenteuses [] oui [] non asthme [] oui [] non
alimentaires [] oui [] non autres [] oui [] non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

...../...../...../...../.....

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : Date :/...../.....

Si modifications, merci de remplir une nouvelle fiche sanitaire. Sinon, merci de remplir ci-dessous :

Table with 4 columns: Date, Année 1, Année 2, Année 3. Each cell contains a date format '...../...../.....'.



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.

Enfant : fille garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Accueil : Dates du séjour :

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 obligatoires			Dernier rappel	Vaccins recommandés			Date
	oui	non			oui	non	
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) :

...../...../...../...../.....

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : 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 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.

Enfant : fille garçon Date de naissance :

Nom : Prénom :

Adresse :

Accueil : Dates du séjour :

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 obligatoires			Dernier rappel			Date
	oui	non		oui	non	
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
 alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) :

...../...../...../...../.....

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

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : Date :/...../.....

Si modifications, merci de remplir une nouvelle fiche sanitaire. Sinon, merci de remplir ci-dessous :

	Année 1	Année 2	Année 3
Date/...../...../...../...../...../.....
Signature			