

FICHE de RENSEIGNEMENTS - ALSH CSC Rives de Loire

Jeune Adhérent

N°adhérent (complété par le CSC Rives de Loire) :

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tel. Portable du jeune :

e-mail :

Représentant famille

Nom et prénom :

Adresse :

Tel. (fixe ou/et portable) :

e-mail :

Situation familiale :

Régime

Général (ex : CPAM)

Agricole (ex : MSA)

Autre (ex : RSI)

Caisse :

Situation financière

Nom de l'allocataire :

N°allocataire CAF ou MSA :

Quotient familial :

Date d'effet du quotient :

Je soussigné (nom et prénom).....
pour (nom et prénom du jeune)

Autorise N'autorise pas

A participer aux activités proposées par le centre socioculturel Rives de Loire

Autorise N'autorise pas

mon enfant à rentrer seul (de sa commune de résidence) après une activité de l'ALSH

Autorise N'autorise pas

Les animateurs de l'ALSH du CS Rives de Loire à transporter mon enfant dans un de ses véhicules lors de sorties/séjours/activités qu'ils proposent

Autorise N'autorise pas

Les animateurs à prendre des photos/vidéos/bandes sonores de mon enfant lors des activités proposées et à les diffuser sur les supports de communication du centre socioculturel

Autorise N'autorise pas

Les animateurs du centre socioculturel à récupérer votre quotient familial par le biais du site internet CAFPRO

A.....le..... Signature.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou le séjour du jeune.

Nom et prénom du jeune :

Date de naissance :

Sexe :

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				ROR	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracop				Autre (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Allergies

- Asthme
- Alimentaires – Préciser :
- Médicamenteuses – Préciser :
- Autres – Préciser :

Cause de l'allergie et conduite à tenir :

.....
.....
.....

Points d'attention et recommandations :

.....
.....
.....

Si le jeune suit un traitement lors d'un séjour auquel il est inscrit : joindre les médicaments dans l'emballage d'origine avec la notice ainsi que l'ordonnance (aucun médicament ne pourra être pris en dehors de ces conditions)

Médecin traitant

Nom :

Coordonnées :

Je soussigné(e), responsable légal du jeune, autorise le responsable à prendre toutes mesures médicales (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état du jeune, en accord avec les services médicaux.