

**Document à compléter une fois par an
et valable pour chaque animation
du 1er janvier au 31 décembre 2010**

Je soussigné, Mme, Mr,, mère, père, tuteur*,
responsable légal de l'enfant

- ⇒ Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.
- ⇒ Et autorise le responsable de l'animation à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin.
- ⇒ Et je m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille.

**J'autorise le Centre Social à prendre des photos de mon enfant
et à les diffuser sur les différents supports : presse locale, blog
jeunesse, site du Centre Social ...**

OUI ☐ NON ☐

**J'autorise les animateurs du Centre Social à transporter mon
enfant lors des différentes activités.**

OUI ☐ NON ☐

Fait à :

Le :

Signature :

* Rayer la mention inutile

Dossier d'inscription 2010 Animations Jeunesse communales ou intercommunales

NOM du jeune :

PRENOM du jeune :

MAIL du jeune :

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

LIEU DE NAISSANCE :

N° PORTABLE du jeune :

Garçon ☐ Fille ☐

Nous soussignons, Mr, Mme,, père, mère,
tuteur*, responsable légal de l'enfant, autorisons
notre enfant :

- A participer aux animations organisées par le Centre Social Intercommunal et
- A quitter l'animation seul* ou accompagné de Mlle, Mme, Mr.....

* Rayer la mention inutile

**Ce dossier obligatoire et annuel
permet de recueillir des informations utiles et
indispensables pour toute
inscription d'un enfant ou d'un jeune
à toute activité assurée
par le Centre Social Intercommunal
de St Georges sur Loire**



FICHE D'IDENTITE

M E R E	NOM :	PRENOM :
	Tuteur : OUI... ☐ NON... ☐	
	Adresse :	
		
	CP :	Ville :
	Tél perso :	Tél prof. :
Port. :	Mail :	

A remplir que si les coordonnées sont différentes de celles du dessus

P E R E	NOM :	PRENOM :
	Tuteur : OUI... ☐ NON... ☐	
	Adresse :	
		
	CP :	Ville :
	Tél perso :	Tél prof. :
Port. :	Mail :	

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT **

N° allocataire CAF	N° allocataire MSA
N° autre régime	Quotient familial

FICHE SANITAIRE

1/ Vaccinations :

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.

Vaccinations obligatoires	oui	non	Dates des rappels
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			

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

2/ Renseignements médicaux :



L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ?	OUI	NON
L'enfant a-t-il des allergies, asthmes... ? Si oui, lesquelles ?		
Médecin traitant :	Tél :	
Recommandations particulières : (maladies, lunettes, lentilles, prothèse auditive ou dentaire...)		
Si recommandation, quelles conduites et précautions faut-il prendre?		

A compléter pour chaque animation uniquement en cas de changement