

- ALLERGIES ASTHME oui non
 MEDICAMENTS oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

**CAL "LEÏ CIGALOUNS"
04250 LA MOTTE DU CAIRE**

La CAF 04 participe financièrement au fonctionnement de l'association

FICHE D'INSCRIPTION ÉTÉ 2017

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

(Si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS:

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

6 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

7 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE DOMICILE: TÉL. PORTABLE: TÉL. BUREAU:

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT:.....

Je soussigné(e), 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.

Date: ___/___/2017

Signature:

1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

NOM:..... Prénom:.....

Date de naissance:...../...../..... Lieu:.....

École:..... Classe fréquentée:.....

Collège:..... Classe fréquentée:.....

2 – ACTIVITÉS PRÉFÉRÉES OU PRATIQUÉES:

.....

3 – C.A.L

L'enfant est autorisé:

- A quitter seul le centre oui non
- A participer à la baignade oui non

L'enfant sait-il nager ?

oui non

Recommandations pour la baignade (brassards, bonnet, ceinture, lunettes...):

.....

Personnes habilitées à venir le chercher en votre absence :

Nom	Prénom	Téléphone

4 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

MERE		PERE
	Nom Prénom	
	Adresse	
	Code postal– Ville	
	Téléphone travail	
	Téléphone portable	
	Profession	
	Nom de l'employeur	
	Adresse de l'employeur	

Responsable légal :

N° Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

N° C.A.F ou autre organisme :

Assurance responsabilité civile :

Nombre d'enfants :

L'enfant participera au Centre Aéré:

Dates	Tarifs	Total
ETE 2017 :		
- du 10/07 au 13/07/2017 <input type="checkbox"/> 40 €	- Selon semaine€
- du 17/07 au 21/07/2017 <input type="checkbox"/> 45 €	- Réduction famille nombreuse à déduire :	Déduction :€
- du 24/07 au 28/07/2017 <input type="checkbox"/> 45 €	. 10% à déduire pour le 2 ^{ème} enfant de la même famille, €
- du 31/07 au 04/08/2017 <input type="checkbox"/> 45 €	. 15 % à déduire pour le 3 ^{ème} enfant de la même famille €
- du 07/08 au 11/08/2017 <input type="checkbox"/> 45 €	- Aide aux temps libre à déduire€
- du 16/08 au 18/08/2017 <input type="checkbox"/> 30 €		
- du 21/08 au 25/08/2017 <input type="checkbox"/> 45 €		
<input type="checkbox"/> Adhésion et assurance FOL	<input type="checkbox"/> 8 € <input type="checkbox"/> déjà réglé€
COÛT TOTAL:	€
Aides à déduire :€€
NET À PAYER :	€

Mode de règlement: Payable en: 1 fois 2 fois 3 fois

Espèces :..... €

Chèques bancaires (Ordre: "CAL Leï Cigalouns") €

5 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

-VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS	oui	non	Dates des	RECOMMANDES	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

6 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
OUI	OUI	OUI	OUI
NON	NON	NON	NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI	OUI	OUI	OUI
NON	NON	NON	NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			