

**- ALLERGIES**

ASTHME  oui  non  
MÉDICAMENTS  oui  non  
ALIMENTAIRES  oui  non  AUTRES.....

**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).....

TEL. FIXE DOMICILE:..... TEL. PORTABLE:..... TEL. BUREAU:.....

NOM ET TEL. 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

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

La CAF 04 participe financièrement au fonctionnement de l'association

**FICHE D'INSCRIPTION : PRINTEMPS 2018**

**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

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

Nom responsable légal :

N° Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

N° C.A.F ou autre organisme :

Nom assurance responsabilité civile :

Nombre d'enfants :

L'enfant participera au centre aéré :

Dates	Tarifs	Total
<b>PRINTEMPS 2018 :</b>	<input type="checkbox"/> 45 €/sem. <input type="checkbox"/> 30 €/sem.	.....€
- du 23/04 au 27/04/2018 <input type="checkbox"/> 45 €	<input type="checkbox"/> nbr journée sans sortie	.....€
- du 02/05 au 04/05/2018 <input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> nbr journée avec sortie €	.....€
- JOURNEE SANS SORTIE	- Réduction famille nomb. :	.....€
<input type="checkbox"/> 12 € X ..... nombre de journée	. 10% à déduire pour le 2 <sup>ème</sup>	.....€
date(s).....	enfant de la même famille,	Déduction :
- JOURNEE AVEC SORTIE	. 15 % à déduire pour le	.....€
<input type="checkbox"/> 15 € X ..... nombre de journée	3 <sup>ème</sup> enfant de la même famille	<b>Total :</b> .....
date(s).....	<input type="checkbox"/> 8 € <input type="checkbox"/> déjà réglé	.....€
<input type="checkbox"/> Adhésion et assurance FOL		.....€
<b>COÛT TOTAL:</b>		.....€
<b>Aides à déduire (CAF 04 ou autre )</b>		.....€
<b>NET À PAYER :</b>		.....€

Mode de règlement:  1 fois  2 fois  3 fois

Espèces: .....

Chèque bancaire (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	
Poliomyéélite				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  non