



# INSCRIPTION 2023-2024

- LUDOCARTABLE       EN SORTANT DU COLLEGE  
 ANIM' JEUNESSE       ASPRO       LUDOTHEQUE  
 ACTIVITE \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° portable du jeune : \_\_\_\_\_  
 Mail : \_\_\_\_\_ Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_

Nom des parents (ou du responsable légal) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom du Père : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Tél. travail \_\_\_\_\_  
 Nom de la Mère : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Tél. travail \_\_\_\_\_

Régime familial :  régime général     régime agricole     autre régime

Carte Sortir n° : \_\_\_\_\_ N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_

Fournir : Attestation d'assurance extra scolaire

## AUTORISATION

- J'autorise mon enfant à rentrer seul     J'autorise d'autres personnes à venir chercher mon/mes enfants

NOM + PRÉNOM + TÉLÉPHONE :

NOM + PRÉNOM + TÉLÉPHONE :

- Je m'engage à fournir une autorisation écrite si ponctuellement une autre personne vient chercher mon/mes enfants  
 J'autorise mon/mes enfants à prendre les transports en commun ou le minibus du CDL dans le cadre des animations.  
 J'autorise le Centre de la Lande dans le cadre de leurs activités, à prendre des photos de mon/mes enfants et à les exposer sur tous supports y compris les documents promotionnels et/ou publicitaires ainsi que sur internet.

## VACCINATIONS

VACCINS	Oui/Non	Dates derniers rappels	VACCINS	Oui/Non	Dates derniers rappels
Diphtérie (D)			Ou DT Polio		
Tétanos (T)			Ou Tétracoq		
Poliomyélite (P)					

CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE

## NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

UN TRAITEMENT MÉDICAL ? (OUI / NON) :

Joindre le protocole d'accueil individualisé (PAI), une ordonnance récente, les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans l'emballage d'origine marquées du nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament n'est administré sans ordonnance.

**ALLERGIES ?**      SI OUI, LESQUELLES : \_\_\_\_\_

Si oui, joindre le certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

## PROBLEME DE SANTÉ (OUI/NON) :

Votre enfant présente un problème de santé qui nécessite une information de votre part ?

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, sommeil, précisez : \_\_\_\_\_

Je soussigné-e, \_\_\_\_\_  
 responsable légal-e de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**Date :**

**Signature**

## ENGAGEMENT DU JEUNE

**Signature**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Je m'engage à respecter les autres jeunes, les animateurs, le matériel et les locaux.

## Cadre réservé au CDL

**Adhésion 2023.2024**     5€     Carte sortir 3€    N°.....

ACTIVITE : \_\_\_\_\_ Date et règlement .....

ACTIVITE : \_\_\_\_\_ Date et règlement .....

ACTIVITE : \_\_\_\_\_ Date et règlement .....