

FICHE D'INSCRIPTION CLUB MERCREDI ET VACANCES

Nom de l'enfant Prénom de l'enfant

Date de naissance :

Nom(s) et adresse(s) des parent(s) ou responsable(s) :

.....
.....

Code Postal : Ville :

☎ Domicile : 01 ----

☎ Portable : 06 ----

☎ Travail : 01 ----

Je soussigné(e) Mme -Mlle -M.....

AUTORISE mon enfant à quitter seul le CSCB à la fin de l'activité.

N'AUTORISE PAS mon enfant à quitter seul le CSCB à la fin de l'activité

et m'engage à venir le chercher à la fin de l'activité.

J'autorise également le responsable des clubs mercredi et vacances, à prendre, sur avis médical, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales, comprenant éventuellement l'hospitalisation en cas de maladie ou d'accident. Les frais nécessités par le traitement de mon enfant seront à ma charge, et je m'oblige expressément à rembourser le montant total des frais engagés au CSCB.

- N° de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant :-.....-.....-.....-.....-.....-.....

- Adresse du Centre de Sécurité Sociale :

.....

Lu et approuvé, le

Signature :

AUTORISATION DE PUBLICATION

JE N'AUTORISE PAS le CSCB à diffuser des photographies de mon enfant

J'AUTORISE le CSCB à diffuser des photographies de mon enfant : sur son site Internet (www.cscb.asso.fr) et sur support papier (exposition, affiches, Sceaux Magazine...)

Valable pour une durée indéterminée, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par courrier.

Date et Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes, si oui précisez les dates :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Typhoïde : | <input type="checkbox"/> Coqueluche : |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie : | <input type="checkbox"/> Asthme : |
| <input type="checkbox"/> Otite : | <input type="checkbox"/> Rougeole : |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine : | <input type="checkbox"/> Rhumatisme : |
| <input type="checkbox"/> Rubéole : | <input type="checkbox"/> Oreillons : |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies : (précisez lesquelles et les dates) : | |

.....
.....

- Interventions chirurgicales : (précisez lesquelles et les dates) :

.....
.....

Années de vaccination :

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre la diphtérie : | Rappels : |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre le tétanos : | Rappels : |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre la poliomyélite : | Rappels : |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre la coqueluche : | Rappels : |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre la typhoïde : | Rappels : |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre la rougeole : | |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre la rubéole : | |
| <input type="checkbox"/> Vaccin contre les oreillons : | |
| <input type="checkbox"/> Vaccin B.C.G. : | |
| <input type="checkbox"/> Autres vaccins : | |

Autres renseignements :

Votre enfant a-t-il des allergies ? Si oui lesquelles ?.....

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

Utilise-t-il un traitement ? Si oui, lequel ?.....

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

Observations complémentaires concernant votre enfant :

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