

# LIVRET D'INSCRIPTION

## CENTRE DE LOISIRS ROBERT HÉE

### CLAUDE VARNIER



### Pièces à fournir

- Justificatif de domicile
- Attestation du quotient familial de la CAF ou MSA
- Carnet de santé de l'enfant ou certificat médical de mise à jour des vaccins

Centre de Loisirs Robert Hée Claude Varnier

4, lieu dit le bois des claires  
Route d'Hesloup  
61000 Saint Germain du Corbeis  
02.33.82.37.85 - 06.61.26.22.23  
centrerhcv@laligenormandie.org  
www.centrerhcv.wix.com/liguebn  
www.centrerhcv.laligenormandie.org

FAMILLE : .....

NORMANDIE

la ligue de  
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS " FAMILLE "



## RESPONSABLE LEGAL 1

NOM : .....	Fixe : .....
NOM de jeune fille : .....	Portable : .....
Prénom : .....	Professionnel : .....
Adresse : (si différente): .....	@courriel : .....
CP : .....	N° allocataire CAF : .....
Ville : .....	Autre régime et N°: .....
Profession : .....	Adresse : .....
	Situation familiale : "Marié(e) " Pacsé(e) "Célibataire Concubinage "Divorcé(e) "Veuf(ve)

## RESPONSABLE LEGAL 2

NOM : .....	Fixe : .....
NOM de jeune fille : .....	Portable : .....
Prénom : .....	Professionnel : .....
Adresse : (si différente): .....	@courriel : .....
CP : .....	N° allocataire CAF : .....
Ville : .....	Autre régime et N°: .....
Profession : .....	Adresse : .....
	Situation familiale : "Marié(e) " Pacsé(e) "Célibataire Concubinage "Divorcé(e) "Veuf(ve)

Mutuelle : ..... N° Mutuelle : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

## STRUCTURE OU FAMILLE D'ACCUEIL

NOM:..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville:.....

## ENFANTS

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	OBSERVATION

DATE :

SIGNATURE :



# AUTORISATIONS PARENTALES

ENFANT : ..... Autorisé à repartir : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné	ENFANT : ..... Autorisé à repartir : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné	ENFANT : ..... Autorisé à repartir : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné	ENFANT : ..... Autorisé à repartir : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Accompagné
---	---	---	---

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher mon enfant en mon absence :

NOM-Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

### Urgence médicale

J'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.
- Je m'engage à rembourser les frais médicaux engagés par la Ligue de l'enseignement de Normandie.

### Transport

J'autorise :

La structure à transporter mon enfant :

- en transport collectif,
- en co-voiturage,
- et occasionnellement par l'équipe d'animation, dans son véhicule personnel assuré par la Ligue de l'enseignement si les transports en commun ne sont pas adaptés.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de

l'enfant \_\_\_\_\_ atteste avoir lu et approuve cette décharge.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature(s) des 2 parents ou du responsable légal



# REPRODUCTI●N ET REPRESENTATI●N DE PHOTOGRAPHIE POUR UNE PERSONNE MINEURE

Nous soussignés (prénom, nom du (des) responsable(s) légal(aux))

.....

domiciliés à (indiquer l'adresse de chaque responsables légaux si ce n'est pas la même) :

.....

responsables légaux de l'enfant (prénom, nom de l'enfant)

.....

Autorisons l'équipe de la Ligue de l'enseignement de Normandie organisateur de l'Accueil Collectif de Mineurs à utiliser l'image de mon enfant (photos – films) sur tous les supports de valorisation et/ou publications (site internet de la Ligue de l'enseignement de Normandie [www.laliguenormandie.org](http://www.laliguenormandie.org), site wix, blog, plaquettes, journaux, affichages pédagogiques...) destinés aux opérations de communication 2018-2021.

Cette autorisation est consentie à titre gratuit et est valable au maximum 3 ans.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données concernant votre enfant (Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande de suppression ou rectification, vous pouvez vous adresser à la Ligue de l'enseignement de Normandie - 16, rue de la Girafe 14078 Caen cedex 5 - ou en envoyant un courriel : [contact@laliguenormandie.org](mailto:contact@laliguenormandie.org).

Fait à ....., le .....

Signature(s) des responsables légaux

# FICHE SANITAIRE



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles aux animateurs et aux médecins sur l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé mais elle est obligatoire pour tout accueil collectif de mineur.

NOM de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Garçon  Fille

NOM(S)-prénom(s) du (des) responsables légal (aux) : .....

Adresse complète : .....

Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du domicile : .....

Téléphone(s) fixe(s) et portable(s) du travail : .....

Médecin Traitant (NOM, Ville et Téléphone) : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation parentale)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (Cochez les maladies concernées) :

Rubéole  Varicelle  Angine  Rhumatisme  Scarlatine

Otite  Oreillons  Coqueluche  Rougeole

**ALLERGIES**

Asthme  oui  non | Alimentaire  oui  non | Médicamenteuse  oui  non | Autres : .....

**CAUSE DE L'ALLERGIE ET CONDUITE A TENIR** (si automédication, le signaler) :

.....

.....

Type de repas :  Sans porc  Végétarien  Autres (précisez) : .....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** (Lunettes, Lentilles, Prothèse dentaires,...précisez)

.....

.....

**DIFFICULTES DE SANTE** (Maladie, Accident, Crises, Opérations, Rééducation,) en précisant dates et précautions à prendre :

.....

.....

Je soussigné..... 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 : \_\_\_\_\_