Siège - Les Ormeaux
39 Rue Louis Delamare
76600 LE HAVRE

Dauphine / Percanville
15 Rue Jérôme Bellarmato
76600 LE HAVRE

Pôle Enfance Jean Maridor
52 Rue Jean Maridor
76600 LE HAVRE

Pôle Mare au Clerc
30 Rue de l'Artois
76620 LE HAVRE

☎ 02.35.41.32.84
sttho.secretariat@gmail.com
www.st-tho.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE : 2022/2023

(Cadre réservé à St Tho) 3-6 ans / 6-12 ans Merc. / Vacances Arts Plastiques Echecs

ENFANT

NOM : PRENOM :

Né(e) le : Sexe : M ou F

Ecole Fréquentée : Classe :

PARENTS OU RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Représentant(e) légal(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Portable :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Autres (en cas d'urgence) :

Employeur :

N°Allocataire : QF :

C.A.F M.S.A

E-mail (en majuscule) :

Représentant(e) légal(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Portable :

Tél. domicile :

Tél. travail :

Autres (en cas d'urgence) :

Employeur :

N°Allocataire : QF :

C.A.F M.S.A

E-mail (en majuscule) :

Je soussigné(e) Madame/Monsieur responsable légal autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues pendant la session.

Autorisation parentale annuelle – Personne(s) habilitée(s) à récupérer mon enfant sur l'ensemble des activités :

-	→ Tél.	-	→ Tél.
-	→ Tél.	-	→ Tél.
-	→ Tél.	-	→ Tél.

J'autorise mon enfant à partir seul : oui à quelle heure..... non

MODALITES

Droit à l'image : Les représentants légaux des enfants accueillis autorisent l'Association Saint Tho à utiliser gracieusement photos ou films où figure leur(s) enfant(s) dans le cadre des activités, pour l'utilisation dans les brochures, sur Facebook, Instagram, notre site internet de l'Association, dans la presse locale etc....

Autorise

N'autorise pas

Je déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription, des conditions générales, du règlement intérieur et de les accepter. Et avoir reçu le document.

Fait le :

Signature :

ASSOCIATION ST THO
FICHE DE LIAISON INDIVIDUELLE ENFANT 2022/2023

Enfant : **Date de Naissance**

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) -

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Ou Tétracoq				Coqueluche	
Ou DT Polio (à jour)				Hépatite B	
Prévenar				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Autres				Autres (préciser)	
				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.**

Votre enfant présente t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicales ou des précautions à prendre sur son temps de présence au centre ? OUI NON

Si oui, un protocole d'accueil individualisé pourra être mis en place, avec un rendez-vous OBLIGATOIRE avec la Direction.

ALLERGIE : ASTHME OUI NON Besoin d'un traitement au centre OUI NON

ALLERGIE : ALIMENTAIRES : OUI NON Un PAI a t'il été mis en place à l'école OUI NON (si oui le transmettre)

ALLERGIE : MEDICAMENTEUSES OUI NON (si oui à préciser)

EPILEPSIE : OUI NON → Stabilisée OUI NON

AUTRES : à préciser (Régime alimentaire, intolérance, Etc...)
.....

3-SITUATION DE HANDICAP :

Votre enfant présente t'il un handicap, reconnu par la MDPH ? OUI NON **Si oui, RDV OBLIGATOIRE avec la Direction**

Si oui, quelle est la nature de son handicap : si oui un projet d'accueil sera mis en place.

Par quel type d'établissement ou de service est-il suivi ?

Votre enfant a-t'il besoin de **soins particuliers sur le lieu du centre de loisirs** (kiné, soins infirmiers).....

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

Rubéole	OUI ☐ NON ☐	Rhumatisme Articulaires aigu	OUI ☐ NON ☐
Varicelle	OUI ☐ NON ☐	Scarlatine	OUI ☐ NON ☐
Angine	OUI ☐ NON ☐	Coqueluche	OUI ☐ NON ☐
Rougeole	OUI ☐ NON ☐	Otite	OUI ☐ NON ☐
		Oreillons	OUI ☐ NON ☐

5- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, propreté, Régime alimentaire spécifique :

6- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : **PRENOM :**

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :** **TEL PORTABLE :**

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant): Parent 1

Parent 2 **(Obligatoire)**

Je déclare exacts 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 ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :