

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 : 2024/2025

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

ENFANT

NOM : PRENOM :

Né(e) le : Sexe : M ou F

Ecole Fréquentée : Classe : (à la rentrée sept.2024)

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 2024/2025

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
DT Polio (à jour)				Coqueluche*	
Prévenar				Hépatite B*	
Haemophilus*				Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*	
Méningocoque C*				Pneumocoque*	
Influenza b*				BCG	
Autres				Autres (préciser)	

* Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018

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)

Votre enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations 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 : MÉDICAMENTEUSES 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Oreillons	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

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 :