



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfants 3/11 ans

2026/2027

L'ENFANT

Nom: Prénom: Sexe: M F

Date de naissance: / / L'enfant sait-il nager? OUI NON

L'enfant est-il scolarisé? OUI NON Ecole et classe:

L'enfant est-t-il en situation de handicap? OUI NON P.A.I: OUI NON

Poids: kg Taille: cm

Allergies: Alimentaire: OUI NON Médicamenteuses: OUI NON

Préciser:

Régime alimentaire spécifique: Sans Porc - Végétarien



FAMILLE

Numéro allocataire CAF/MSA:

Nombre d'enfants à charge dans la famille:

Parent 1: Le père - La mère - Le tuteur

Situation familiale: En couple / Seul(e)

Nom: Prénom: N° Sécurité sociale:

Adresse:

CP et Ville: Mail:

Travail: Portable: Domicile:



Parent 2: Le père - La mère

Situation familiale: En couple / Seul(e)

Nom: Prénom: N° Sécurité sociale:

Adresse:

CP et Ville: Mail:

Travail: Portable: Domicile:

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant et à contacter en cas d'urgence:

- Nom prénom téléphone:

- Nom prénom téléphone:



Lieu d'accueil: Au P'tit Oustal - Place Augustine Soubeiran - 30270 Saint Jean du Gard
06.77.73.75.65 edanur.kilic@centresocial-oustal.fr

Vaccins obligatoires	<u>Dates des derniers rappels</u>	Vaccins obligatoires Enfants nés à partir de 2018	<u>Dates des derniers rappels</u>
Diphtérie/...../.....	Coqueluche/...../.....
Tétanos/...../.....	Haemophilus/...../.....
Poliomyélite/...../.....	Rubéole-Oreillons- Rougeole/...../.....
Autres (préciser)		Hépatite B/...../.....
		Pneumocoque/...../.....
Nom du médecin traitant:	Méningocoque/...../.....
Numéro de téléphone:	Autres (préciser)	

A FOURNIR



- Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination ou un certificat médical de vaccinations à jour
En cas de traitement aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.
- Les notifications d'Aides aux Temps Libres délivrées par la CAF sur votre adresse mail renseignée auprès de leurs services.
- Si PAI, une copie du protocole

Je soussigné(e), autorise mon enfant de plus de 8 ans à se rendre aux activités du centre de loisirs et à en revenir seul : OUI NON



Je soussigné(e), autorise le CSSC l'Oustal à enregistrer des images (photographies et vidéos) de mon enfant mineur mentionné ci-dessus lors des activités auxquelles il participera durant l'année scolaire en cours. Je reconnais que ces images pourront être utilisées sans contrepartie de quelque nature que ce soit dans le cadre de la communication du centre social, y compris sur le dépliant et le site internet, et ce, pour une durée de deux ans. : OUI NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier. En accord avec l'article 372-2 du code civil "à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé d'agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul l'acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant".



Je certifie en outre sur l'honneur que l'inscription scolaire de mon enfant est effectuée conjointement.

LIEU:

DATE:

SIGNATURE(S):



Inscriptions : Espace Paulhan - Avenue de la résistance - 30270 Saint Jean du Gard
04.66.85.19.55 accueil@centresocial-oustal.fr