



## FICHE D'INSCRIPTION - CENTRE DE LOISIRS 1er Trimestre 2021

15/02-19/02

22/02-26/02

06/04-09/04

12/04-16/04

Nom de l'enfant.....Prénom.....

Date de naissance...../...../..... Age ..... Classe .....

Nom du représentant légal de l'enfant (père, mère, tuteur légal)

Adresse complète.....

Code postal ..... Ville.....

Téléphone domicile..... En cas d'urgence .....

Email .....

N° de sécurité social..... CAF.....

### **Nous devons pouvoir vous joindre à tout moment de la journée**

Nom du père.....

Nom de la mère.....

Profession .....

Profession .....

Employeur.....

Employeur.....

N° professionnel.....

N° professionnel.....

Portable.....

Portable.....

Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

**Signature du représentant légal :**

**Ligue Roller & Skateboard Guyane**

association sportive loi 1901 - APE 9312Z - Siret 490 186 368 00018 - RNA W9C1000929

11, impasse Mirza 97300 CAYENNE Tél : 0594 35 68 82 Port : 0694 92 83 38

 **GLISSE URBAINE 973**



@Rollersports973 www.guyane.ffroller.fr roller.guyane@orange.fr

## A LIRE ET A SIGNER

- Je, soussigné(e), Mr ou Mme.....responsable de l'enfant ....., certifie avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement.

- Je déclare y souscrire entièrement et autorise mon enfant à participer aux **activités, prévues par la Direction de la Ligue Roller & Skateboard Guyane.**

**Signature :**

---

### **DROIT A L'IMAGE**

- J'autorise l'équipe d'animation et l'organisateur à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration de la Ligue Roller & Skateboard Guyane.

Oui                       Non

**Signature :**

---

### **DECHARGE POUR LES DENREES ALIMENTAIRES PREPAREES PAR LES FAMILLES ET APPORTEES AU CENTRE L.R.S.G.**

L'arrêté du 9 mai 1995 réglementant l'hygiène des aliments remis directement au consommateur par les Services Vétérinaires impliquent des règles d'hygiène de plus en plus strictes.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la qualité sanitaire des aliments préparés par les parents à domicile ainsi que la température lors du transport (maximum +4°C).

Par conséquent, je décharge le personnel de la Ligue Roller & Skateboard Guyane de la responsabilité en cas d'incident lié à l'indigestion de ces repas.

Fait à Cayenne, le.....

**Signature :**

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Autorise mon enfant :

A pratiquer les activités et à participer aux sorties proposées dans le cadre de l'Accueil Collectif de Mineurs de la Ligue Roller & Skateboard Guyane pour la période

OUI

NON

J'autorise les personnes suivantes à conduire et à ramener mon enfant après avoir présenté une pièce d'identification à l'équipe d'animation :

Nom, prénom : .....

N° de tél. : .....

Nom, prénom : .....

N° de tél. : .....

Nom, prénom : .....

N° de tél. : .....

Cayenne, le

**Signature**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON       FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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.

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

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

## INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*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 :**

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

## OBSERVATIONS

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

**TRANSPORT EN MINIBUS**  
**Autorisation de transport de**  
**l'enfant**

Dans le cadre de son centre de loisirs, l'association « Ligue Roller & Skateboard Guyane » utilise les véhicules suivants pour transporter les enfants sur les lieux d'activités :

- FORD TOURNEO - 9 places immatriculé DR-991-FF propriété de la Ligue Roller & Skateboard Guyane et assuré chez Allianz
- CITROEN JUMPY - 9 places immatriculé CC-231-RH propriété de la Ligue Roller & Skateboard Guyane et assuré chez Allianz

Les parents,.....

autorisent

n'autorisent pas

Les salariés de l'association , à transporter dans les véhicules cités plus haut l'enfant qui lui est confié :

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant :.....

Dans l'affirmative, les propriétaires des véhicules doivent en aviser leur assurance automobile et le transport de l'enfant doit se faire obligatoirement dans un siège homologué.

Fait à ..... le .....

**Signature des parents**