

FICHE D'INSCRIPTION



L'ENFANT

NOM – Prénom :

Sexe : né(e) le :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Adresse de facturation :

Responsable 1 : NOM- Prénom :

☎ Domicile : ☎ port : ☎ professionnel :

Adresse mail :

Responsable 2 : NOM – Prénom :

☎ Domicile : ☎ port : ☎ professionnel :

N° Allocataire CAF* : N° Allocataire MSA* :

* permet de définir votre tranche tarifaire

Personne à prévenir en cas d'urgence (si différent des parents) :

Nom – Prénom - Téléphone :

AUTORISATIONS

Informations et autorisations diverses :

➤ mon enfant sait nager : Oui Non Si oui, possède le « Sauv'nage »

➤ Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs Oui Non

➤ À partir avec M ou Mme N° téléphone :

Rayer la (les) mention(s) que vous n'autorisez pas.

➤ Autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre de l'Accueil de Loisirs

➤ Autorise mon enfant à être transporté par les véhicules de l'accueil de Loisirs.

➤ Autorise l'Accueil de Loisirs à utiliser à titre gracieux toute vidéo et photographie de mon enfant et à les diffuser **en Interne**. Cette autorisation est donnée pour la reproduction à titre d'information et d'illustration (exposition, ...) sans limitation de durée.

➤ Autorise l'Accueil de Loisirs à utiliser à titre gracieux toute vidéo et photographie de mon enfant et à les diffuser **en Externe** (Presse, réseaux sociaux, ...) prise de mon enfant, sans limitation de durée.

❖ Je reconnais avoir lu le **règlement intérieur** et l'accepter.

Date :

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

NOM – Prénom :
Date de naissance :
Sexe :

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Merci de joindre la photocopie des vaccins

SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Rubéole <input type="checkbox"/> | Varicelle <input type="checkbox"/> |
| Angine <input type="checkbox"/> | Rhumanisme Articulaire <input type="checkbox"/> |
| Oreillons <input type="checkbox"/> | Scarlatine <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> | Otite <input type="checkbox"/> |
| Rougeole <input type="checkbox"/> | |

L'enfant fait-il la sieste ? Oui Non

Votre enfant a-t-il une allergie ?

ASTHME MEDICAMENTEUSES

ALIMENTAIRES AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....

L'enfant a-t-il un PAI ? Oui Non

Indiquez ci-après :

Les difficultés de sante (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, 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- DIVERS

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....
.....

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 :