



ACCUEIL DE LOISIRS

Fiche d'inscription et de renseignements

PUYRICARD COUTERON

Juillet 2018

REFERENCE DE L'ENFANT

NOM PRENOM.....

Date de naissance Age

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM PRENOM

REFERENCE DES PARENTS	MERE	PERE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE CP - VILLE		
N° TEL		
ADRESSE MAIL		
PROFESSION		
EMPLOYEUR		
N° de téléphone du travail OU N° en cas d'urgence		

N° C.A.F. ou M.S.A.(indispensable) :Nom de l'allocataire.....Caisse :

Assurance extra-scolaire : Nom : N° de police :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),Père, Mère, Tuteur¹

- Autorise mon enfant à participer aux stages, activités et sorties en car de l'Accueil de Loisirs sous la responsabilité du personnel d'encadrement : oui non ¹
- Autorise : - Mon enfant à rentrer seul à partir de 17 h 00 après avoir prévenu l'animateur : oui non ^{1 et 2}
J'autorise à venir récupérer mon enfant :

M ou Mme	NOM	Prénom	Lien (gds-parents, amis,...)	Tél°

Pour les personnes ayant un droit de garde exclusive, faire parvenir un document du tribunal spécifiant les personnes non habilitées à venir chercher l'enfant.

- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités du Centre Socio Culturel et de l'accueil de loisirs (Plaquettes d'information, site Internet du centre, presse, exposition...): oui non ¹
- Autorise le Centre Socio Culturel à consulter mes données personnelles sur le site CAFPRO : oui non ¹
Si non, fournir obligatoirement la feuille d'imposition en cours

Puyricard, le
LU ET APPROUVÉ

Signature des parents :

REGLEMENT INTERIEUR et PROJET PEDAGOGIQUE

Je certifie avoir pris connaissance du projet pédagogique ainsi que du règlement intérieur de l'accueil de loisirs (petit guide) et m'engage à en respecter les modalités.

Puyricard, le
LU ET APPROUVÉ

Signature des parents :



¹ cocher votre choix ² uniquement pour les enfants de plus de 10 ans

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance: Sexe : Masculin Féminin

Médecin traitant : n° Téléphone :

1. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE 1 ^{er} vaccin	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS
BCG			
TEST TUBERCULINIQUE			
DT POLIO Anti-Diphthérique/Tétanique/Polio			
Autres (préciser):			
Autres (préciser):			
Autres (préciser) :			

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

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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	Varicelle	Angines	Oreillons	Coqueluche	Otites	Rougeole	Scarlatine
---------	-----------	---------	-----------	------------	--------	----------	------------

ALLERGIES : ASTHME oui non - MÉDICAMENTEUSES oui non - ALIMENTAIRES oui non

DEMANDE de P.A.I oui non (préciser la cause de et la conduite à tenir)

RÉGIME ALIMENTAIRE : Sans Porc Végétarien

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT ET LA CONDUITE À TENIR (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) :

NATURES	DATES

Lors de l'inscription, joindre obligatoirement un certificat médical autorisant la pratique des sports en ALSH (sports de ballon, natation, hockey, vélo, jeux de raquettes, tir à l'arc ...)

Je soussigné(e)..... 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à rembourser s'il y a lieu les frais médicaux occasionnés : oui non

Puyricard le :

Signature des parents :



¹ Cocher vote choix