

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS 2023-2024

ENFANT

NOM :

PRÉNOM : **SEXE :** **M** **F**

DATE DE NAISSANCE : /..... /.....

NOM DE L'ÉCOLE DE VOTRE ENFANT :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

NOMBRE DE FRÈRES ET SOEURS :

FAMILLE

PARENT 1

PÈRE MÈRE TUTEUR

NOM :

PRÉNOM :

SITUATION DE FAMILLE : **MARIÉS** **VIE MARITALE**

ADRESSE :

TÉLÉPHONE DOMICILE :

TÉLÉPHONE PORTABLE :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :

EMAIL :

JE SOUHAITE RECEVOIR LES INFORMATIONS PAR MAIL : **OUI**

JE SOUHAITE RECEVOIR LES FACTURES PAR MAIL : **OUI**

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

PARENT 2

PÈRE MÈRE TUTEUR

.....

.....

SITUATION DE FAMILLE : **VEUF(VE)** **SÉPARÉS** **CÉLIBATAIRE(S)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NON

NON

.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

ALLOCATAIRE CAF – N° D'ALLOCATAIRE :

ALLOCATAIRE MSA – N° D'ALLOCATAIRE :

AUTRE RÉGIME :

QUOTIENT FAMILIAL CAF :

(Fournir un justificatif CAF ou MSA sinon paiement plein)

Nous autorisons l'association à consulter le site CAF Pro pour obtenir des informations au sujet de notre quotient familial :

OUI

NON

FICHE SANITAIRE

- VACCINATIONS : JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES PAGES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ. SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Vaccins obligatoires : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

Vaccins recommandés : Coqueluche, Haemophilus, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Hépatite B, Pneumocoque

- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

POIDS : _____ **TAILLE :** _____

-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 administré sans ordonnance.

-L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, de précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter ? oui non

- ALLERGIES :

- Alimentaires oui non si oui, lesquelles _____
- Médicamenteuses oui non si oui, lesquelles _____
- Autres (animaux, plantes, pollen, maquillage) oui non
si oui, lesquelles _____

- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

- L'ACCUEIL DE LOISIRS EST ORGANISÉ PAR L'ASSOCIATION CSF. LES PARENTS UTILISATEURS DU SERVICE SONT ADHÉRENTS et bénéficient des garanties précisées sur l'attestation d'assurance en responsabilité civile OBLIGATOIRE souscrite par l'Association organisatrice.

Date de l'adhésion (réservée à l'ALSH) : ___/___/_____

Nous soussignés _____ parents et tuteurs de l'enfant _____

- déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche
- reconnaissons également avoir été informés de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles participent notre enfant (Assurance Individuelle Accident)
- reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

A _____

le ___/___/_____

Signature des parents ou tuteurs :

FICHE D'AUTORISATIONS PARENTALES 2022-2023

POUR L'ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) : _____ **SEXE :** M F

MONSIEUR, MADAME _____, **PARENTS ET TUTEURS DE L'ENFANT CITÉ CI-DESSUS :**

AUTORISATIONS	OUI	NON	COMMENTAIRES
AUTORISONS NOTRE ENFANT À ALLER À LA PISCINE OU À LA MER, POUR SE Baigner ET PRATIQUER LES ACTIVITÉS PRÉVUES AU COURS DU CENTRE,			
AUTORISONS L'ÉQUIPE D'ANIMATION OU LES PARENTS BÉNÉVOLES À VÉHICULER NOTRE ENFANT POUR LES ACTIVITÉS EXTÉRIEURES AU CENTRE,			
AUTORISONS LA DIFFUSION DE PHOTOS OÙ APPARAÎT DISTINCTEMENT NOTRE ENFANT, À DES FINS INFORMATIONNELLES (ARTICLES DANS LA PRESSE) OU À DES FINS PÉDAGOGIQUES.			
AUTORISONS NOTRE ENFANT À RENTRER SEUL(E) APRÈS LE CENTRE			
AUTORISONS LES RESPONSABLES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS À PRÉSENTER NOTRE ENFANT À UN MÉDECIN, DE PRÉFÉRENCE LE MÉDECIN DE LA FAMILLE ET À FAIRE LE NÉCESSAIRE EN CAS DE SOINS À DONNER D'URGENCE ET SI BESOIN SOUS ANESTHÉSIE (TRAITEMENT MÉDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE).			NOM : LIEU DE CONSULTATION : TÉLÉPHONE :

NOTRE ENFANT PEUT QUITTER L'ACCUEIL DE LOISIRS AVEC LES PERSONNES SUIVANTES : _____

SIGNATURES DES PARENTS OU TUTEURS : LE ____/____/20____