

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Qui vient chercher l'enfant ?

Nom, Coordonnées & lien de parenté de la personne venant habituellement (et/ou) occasionnellement chercher l'enfant :

Qui exerce l'autorité parentale ?

Père et mère  Mère seule  Père seul  Autres (à préciser) .....

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code Postal..... Ville.....

Tél domicile..... Travail.....

Portable.....

Email..... @ .....

Régime social :  Général  Agricole  Autres

Allocataire CAF  oui  non N° Allocataire .....

Allocataire MSA  oui  non N° Allocataire .....

Quotient Familial .....

!! Le tarif maximum sera appliqué en l'absence de QF !!

**En cas d'urgence, prévenir (si différent des coordonnées ci-dessus)**

Melle  Mme  Mr ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville.....

Tél. .....



## COMMUNE DE CLEGUEREC



### Dossier d'INSCRIPTION

## ACCUEIL DE LOISIRS (4-15ans)

du 11 au 22 Février 2019

NOM ..... Prénom.....

Né(e) le / / à ..... Age : ..... ans

Adresse .....

Code Postal..... Ville.....

Numéro de sécurité sociale : .....

**Je, soussigné(e), Mme, Mr ....., exerçant sur l'enfant sus-nommé, l'autorité parentale, inscrit mon enfant pour les activités des vacances d'Hiver 2019.**

Cochez les jours de présence de votre enfant, dans ce tableau et notez l'horaire pour la garderie.

4 - 14 ans

12 - 15 ans

	Présence	Garderie	
	Journée + Repas	Matin	Soir
Lundi 11/02			
Mardi 12/02			
Mercredi 13/02			
Jeudi 14/02			
Vendredi 15/02			
Lundi 18/02			
Mardi 19/02			
Mercredi 20/02			
Jeudi 21/02			
Vendredi 22/02			

**MERCREDI 13 FEVRIER**

De 18h15 à 22h45 :

Mon enfant participe à la  
*Soirée 'SpeedPark' à Vannes  
Laser – Karting*

Oui

## AUTORISATION PARENTALE

- ☞ J'ai bien pris note, qu'une fois en dehors de l'Accueil de Loisirs, mon enfant n'est plus sous la responsabilité du directeur et qu'il ne sera accompagné ni à l'aller ni au retour, par le personnel du centre. (Pensez à bien noter l'identité de la personne venant le chercher)
  - ☞ Je déclare que mon enfant est couvert par une responsabilité civile individuelle ou familiale.
  - ☞ Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison de soins engagés.
  - ☞ Je décharge les organisateurs de toutes responsabilités en dehors des horaires d'activités.
  - ☞ J'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile     OUI     NON
  - ☞ J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées, et certifie, pour les activités nautiques, que mon enfant sait nager.
  - ☞ J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et de pouvoir utiliser le support sur promotion de la structure accueillante.
  - ☞ J'autorise également mon enfant à utiliser les transports organisés par l'Accueil de Loisirs dans le cadre des sorties.

➔ Vous trouverez ci-joint mon règlement :

de ..... € en espèce, en chèque pour les activités.

Fait à ..... Le / / 2019

**Signature (précédée de la mention "En et approuvé")**



## FICHE SANITAIRE

Cette fiche sanitaire de liaison a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle vous évite de vous dessaisir de son carnet de santé. Rayer les mentions inutiles si nécessaire.

ENFANT

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance / /

## Vaccination

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphthérite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polyomyéline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ou DT Polio</b>			
<b>Ou Tétracoq</b>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.*

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui  Non

*Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)*

*Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance*

## Allergies

Asthme  Oui  Non

Alimentaires  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication)

signaler) :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical.

Date / /

**Signature**