

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Qui exerce l'autorité parentale ?

Père et mère Mère seule Père seule 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 (4-14ans)

DU 19 AU 23 OCTOBRE 2015

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 de Toussaint 2015.*

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

	Présence	Garderie	
	Journée + Repas	Matin	Soir
Lundi 19/10			
Mardi 20/10			
Mercredi 21/10			
Jeudi 22/10			
Vendredi 23/10			

Renseignements complémentaires

Nom, Coordonnées & lien de parenté de la personne venant habituellement chercher l'enfant

Nom, Coordonnées & lien de parenté de la personne venant occasionnellement chercher l'enfant

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 / / 2015

Signature (précédée de la mention "lu 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"/>	
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			
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

Médicamenteuse Oui Non

Autres

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