

## 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 23 au 27 Octobre 2017

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 2017.*

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 23/10			
Mardi 24/10			
Mercredi 25/10			
Jeudi 26/10			
Vendredi 27/10			

#### 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 / / 2017

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
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polyomyélite	<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      Médicamenteuse  Oui  Non  
Alimentaires  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