

FICHE INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS ANNEE 2021-2022

VOS ENFANTS

Nom et Prénom :	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom et Prénom :	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom et Prénom :	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom et Prénom :	Date de naissance :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

RESPONSABLE LÉGAL(E) DE L'ENFANT

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur
<input type="checkbox"/> Beau-père	<input type="checkbox"/> Belle-mère	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Beau-père	<input type="checkbox"/> Belle-mère	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil

Nom et Prénom :	Nom et Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal : Ville :	Code Postal : Ville :
Mail :	Mail :
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel portable :	Tel portable :
Tel travail :	Tel travail :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :

N° allocataire CAF :	Quotient Familial :
Ou n° allocataire MSA :	

Fournir un justificatif de quotient familial ou pour les non-allocataires, votre dernier avis d'imposition.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....

.....

.....

DÉCLARATION D'ENGAGEMENT

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, la cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant et je m'engage à payer la part des frais d'accueil incombant : frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.

J'ai pris connaissance et j'accepte le règlement Accueil de Loisirs

Date et signature:

FICHE SANITAIRE - ANNEE 2021-2022

CET TE FICHE PERMET DE RECUEILLIR LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ACCUEIL DE L'ENFANT

VOTRE ENFANT

Nom et Prénom : Date de naissance : F M

VACCINATIONS

*Fournir une photocopie
des vaccinations*

Vaccin	Date du dernier rappel
DT Polio	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuse oui non
Alimentaires oui non Autres oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles fournies des parents.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez

Commentaires :

PERSONNE POUVANT ÊTRE CONTACTÉE LA JOURNÉE

Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tel domicile : Tel portable :

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à être filmé ou photographié Oui Non
 J'autorise mon enfant à être maquillé Oui Non
 J'autorise l'association à diffuser son image :
 - Sur son site internet Oui Non
 - Sur sa page Facebook Oui Non
 - Dans la presse Oui Non

Date et signature :