



Fiche d'inscription

FAMILLE

<u>Père</u> Nom Prénom Profession..... Tél portable..... Tél professionnel.....	<u>Mère</u> Nom Prénom Profession..... Tél portable..... Tél professionnel.....
---	---

Situation familiale Marié(e) Divorcé(e)/Séparé(e) Vie maritale Célibataire Veuf(ve)

Adresse.....

Adresse internet **Tél domicile**

Caf **Quotient familial** **N° allocataire**

ENFANT(S)

Enfant 1 Nom Prénom Age
Sexe Date naissance Régime alimentaire
Allergies / problèmes santé
Ecole

Enfant 2 Nom Prénom Age
Sexe Date naissance Régime alimentaire
Allergies / problèmes santé
Ecole

Enfant 3 Nom Prénom Age
Sexe Date naissance Régime alimentaire
Allergies / problèmes santé
Ecole

Médecin traitant

J'autorise les personnes suivantes : (cocher la case d'autorisation correspondante).

<u>Nom et Prénom</u>	<u>Téléphone</u>	<u>Autorisé(e) à récupérer</u>	<u>A appeler en cas d'urgence</u>

SANITAIRE

Si votre enfant est amené à suivre un traitement médical pendant son séjour au centre, vous devez impérativement fournir **une ordonnance récente** et les médicaments correspondants (dans leurs **boîtes d'origines avec la notice** et **marquées au nom** de l'enfant).

Renseignements complémentaires : (traitements, ...)

.....

Vous vous engagez à fournir de la crème solaire, si ce n'est pas le cas, la structure fera le nécessaire, mais décline toutes responsabilités en cas d'allergies.

Merci de cocher si l'enfant a eu une ou plusieurs maladies infantiles.

	<u>Enfant 1</u>	<u>Enfant 2</u>	<u>Enfant 3</u>
Maladies infantiles	X	X	X
Rubéole			
Varicelle			
Angine			
Rhumatisme articulaire aigu			
Scarlatine			
Coqueluche			
Otite			
Rougeole			
Oreillons			

Merci de fournir une photocopie du carnet de vaccination.

Je soussigné(e), responsable légal(e)

- Autorise mon enfant à participer à toutes activités du centre de loisirs.
- Autorise la prise de photos et vidéos de mon enfant ainsi que leur publication.
- Autorise à faire soigner mon enfant en cas de blessures légères (arnica / pommade anti-contusion).
- Autorise à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin.
- Autorise l'association à transporter mon enfant pour les besoins des activités par des transports de moyens collectifs (car, minibus ...).
- Certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter.

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »

Date