

Dossier Inscription

Centre 2021

Nom et Prénom de l'Enfant :

Documents nécessaires pour établir l'inscription de votre enfant :

- Fiche renseignement complétée et signée.
- Fiche sanitaire de liaison complétée et signée.
- Autorisations parentales complétées et signées.
- Attestation de Quotient Familial.
- Une attestation d'assurance extrascolaire 2020-2021 avec le nom de tous vos enfants inscrits.
- Les photocopies des Vaccins à jour.
- Une photo d'identité (*non obligatoire*)

Fiche Renseignements

**Une fiche par enfant inscrit.*

Photo de
l'enfant

Votre enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Classe :

Adresse :

Nombre de frère et sœurs :

Nom :

Prénom :

Age :

Nom :

Prénom :

Age :

Nom :

Prénom :

Age :

Nombre d'enfants à charge :

Situation familiale : Mariés Pacsés Séparés Divorcés Autre situation :

Numéro d'allocataire CAF (ou page n°2 de votre derniers avis d'imposition) :

CAF Saône et Loire

CAF Jura

MSA

Quotient Familial :

Responsable légal 1 :	Responsable légal 2 :
Parenté :	Parenté :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Numéro de portable :	Numéro de portable :
Numéro fix :	Numéro fix :
Numéro de travail :	Numéro de travail :
Mail :	Mail :
Adresse :	Adresse (si différente de celle de la mère) :

Fiche Sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Numéro de téléphone :
Garçon Fille	
Nom du médecin traitant :	
Numéro de sécurité sociale :	

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, **joindre une ordonnance** récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Allergies :

Asthme : Oui Non

Alimentaires : Oui Non Médicamenteuses

: Oui Non

Autres :

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

Indiquez si votre enfant à des difficultés de santé (maladies, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou autres. Précisez :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

A remplir dans l'ordre que vous souhaitez que l'on appelle

<u>Personne 1</u>	<u>Personne 2</u>	<u>Personne 3</u>	<u>Personne 4</u>
Nom - Prénom :			
Lien avec l'enfant :			
Numéro de téléphone fix :			
Numéro de téléphone portable :			

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Le

Merci de bien vouloir parapher chaque page et inscrire à la main les mentions "lu et approuvé" et de signer

Autorisations Parentales

Je soussigné(e),

Responsable légal(e) de l'enfant :

QUITTER LE BATIMENT

Autorise mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs de Saint Germain du Bois.

Indiquer l'heure à laquelle l'enfant est autorisé à quitter le centre :

N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'Accueil de Loisirs de. Saint Germain du Bois.

TRANSPORT

Autorise mon enfant à prendre le bus ou une voiture particulière avec les responsables de l'Accueil de Loisirs pour les sorties prévues au programme.

N'autorise pas mon enfant à prendre le bus ou une voiture particulière avec les responsables de l'Accueil de Loisirs pour les sorties prévues au programme.

SORTIE DU BUS

Autorise mon enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus à notre domicile.

N'autorise pas mon enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus à notre domicile.

DROIT A L'IMAGE

Autorise l'Accueil de Loisirs et/ou la Communauté de Communes à diffuser dans ses publications (lettres d'informations, brochures, site internet) et à exposer dans ses locaux ou lors de manifestations, des photos de mon enfant prises lors d'activités auxquelles il a participé.

N'autorise pas l'Accueil de Loisirs et/ou la Communauté de Communes à diffuser dans ses publications (lettres d'informations, brochures, site internet) et à exposer dans ses locaux ou lors de manifestations, des photos de mon enfant prises lors d'activités auxquelles il a participé.

AUTORISATION MEDICALE

Autorise la directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

N'autorise pas la directrice de l'Accueil de Loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

PERSONNES AUTORISEE A RECUPERER MON ENFANT

Liste des personnes autorisées à récupérer mon enfant (autre que les parents) :

Nom - Prénom :

Lien avec l'enfant :

Numéro de téléphone :

Nom - Prénom :

Lien avec l'enfant :

Numéro de téléphone :

Nom - Prénom :

Lien avec l'enfant :

Numéro de téléphone :

Fait à Le

Merci de bien vouloir parapher chaque page et inscrire à la main les mentions "lu et approuvé" et de signer

* Cette autorisation parentale est à remplir qu'une seule fois.

