

FICHE D'INSCRIPTION 2021-2022

L'ENFANT

Nom:.....
Prénom:.....
Sexe:.....
Date et lieu de naissance:/...../..... à âge:.....
Nationalité:

PARENT 1

NOM:.....
Prénom:

Adresse:

Téléphone:

E-Mail :

Profession:

Tél. Travail:

PARENT 2

NOM:.....
Prénom:

Adresse:

Téléphone:

E-Mail :

Profession:

Tél. Travail:

Quotient familial (joindre document).....

EN CAS D'URGENCE PREVENIR :

Nom et prénom :

N° de Tél. :

Lien avec le responsable :

Autorisation Parentale

Je, soussigné
responsable de l'enfant :

- Autorise à participer aux activités (dont la baignade) et sorties du Centre de Loisirs ALCC.
Et certifie que l'enfant ne fait l'objet d'aucune contre-indication médicale à la pratique de toute activité sportive.
- Autorise à repartir seul à 11h30 et/ou 17h30 et décharge, en ce cas, toutes responsabilités, le Centre Social, ALCC de Chindrieux, son directeur et l'équipe d'animation à partir de l'heure choisie.
Si NON, les personnes citées ci-dessous seront autorisés à venir chercher l'enfant :
.....
.....
- Autorise le responsable du Centre de Loisirs ALCC à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations à l'hôpital d'Aix les Bains, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
Et s'engage à payer les frais médicaux correspondants.
- Autorise le personnel du Centre de Loisirs ALCC à transporter l'enfant en trafic pour déjeuner ainsi que pour effectuer certaines activités.
- M'engage à contracter une assurance (Ne pas être assuré peut vous contraindre à assumer personnellement et financièrement la réparation des dommages que l'enfant pourrait causer).
- Autorise le personnel de l'ALCC à faire des photographies de mon enfant dans le cadre du centre de loisirs sachant que ces images pourront être utilisées pour la communication du centre socio culturel (diaporama lors de l'assemblée générale, photo sur les plaquettes du centre de loisirs, ..)
- Autorise l'association à utiliser mes données personnelles, recueillies dans un fichier informatisé pour la gestion des inscriptions, dans le cadre des activités organisées par les secteurs enfance et jeunesse. Elles seront conservées durant toute la période pendant laquelle vos enfants pourraient être amenés à bénéficier des activités proposées par les différents secteurs. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données et les faire rectifier ou supprimer en nous contactant.

Date et Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :