

## FICHE D'INSCRIPTION 2016

Photo

Cadre réservé aux animateurs :

Certificat Médical     Att Ass     Vaccins     Ass Mal     Att CAF

**Nom et prénom de l'Enfant :** .....

Date de naissance : .....

Sexe :     Fille

Garçon

Taille : .....

Pointure : .....

Etablissement scolaire fréquenté : .....

Classe : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

L'enfant sait nager :     oui

Non

**Nom et prénom du père:** .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Tél domicile : .....

Mobile : .....

E.mail : .....

Profession : .....

Tél professionnel : .....

**Nom et prénom de la mère :** .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Tél domicile (si différent du père) : .....

Mobile : .....

E.mail : .....

Profession : .....

Tél professionnel : .....

### A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LES PARENTS !

Quotient familial : .....

N° allocataire CAF : .....

N° sécurité sociale (couvrant l'enfant) : .....

Autre régime (MSA...) : .....

Assurance : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) Mme, M. ....

Responsable légal de Nom : ..... Prénom : .....

- Déclare l'inscrire à l'Accueil de Loisirs sans Hébergement de «**Les P'tits Cœurs de Saintonge**» et avoir souscrit une assurance responsabilité civile ;
- L'autorise à participer aux animations. Il est impératif d'annuler une inscription au plus tard 7 jours avant celle-ci. Toute absence non justifiée sera facturée sauf pour raison médicale ou pour raison familiale grave : justificatif à fournir obligatoirement.
- L'autorise à pratiquer les activités sportives et déclare m'être assuré(e) de l'absence de toute contre-indication.
- L'autorise à se baigner et m'engage à fournir un test d'aptitude aux activités nautiques et aquatiques si besoin.
- Autorise les personnes mandatées par l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures médicales nécessaires (traitement médical, hospitalisation, opération chirurgicale, etc.) en cas de besoin.

### **Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant :**

NOM : .....	Prénom : .....	☎ : .....	Lien de parenté :
NOM : .....	Prénom : .....	☎ : .....	Lien de parenté :
NOM : .....	Prénom : .....	☎ : .....	Lien de parenté :
NOM : .....	Prénom : .....	☎ : .....	Lien de parenté :

### **Prise de photos**

- Accepte la prise de photos lors des différentes activités et sorties proposées
- Accepte la diffusion par l'accueil de loisirs des images prises lors des activités sur le site internet de l'association et le Facebook de l'association
- Accepte la parution des images dans des journaux locaux.
- Accepte l'utilisation des images lors de manifestations au sein de l'association (Assemblée générale, exposition photos...)

Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à la responsable de l'accueil de loisirs.

- Souhaite faire les recommandations suivantes :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal:



**FICHE SANITAIRE**

N° 10008\*02

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant.  
Elle évite de vous démunir du carnet de santé

① **ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

date de naissance : .....

Garçon :  Fille :

Adresse : .....

.....

② **MÉDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone : .....

③ **VACCINATIONS (se referez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Pentacoq <b>ou</b>		Hépatite B	
Tetracoq <b>ou</b>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Autre :		Coqueluche	
		Autres (préciser)	
BCG			
Test tuberculinique :			
négatif <input type="checkbox"/>	positif <input type="checkbox"/>		

④ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :**

ASTHME                    oui     non                     MÉDICAMENTEUSES oui     non   
ALIMENTAIRES        oui     non                     AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**⑤ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc....

.....  
.....  
.....

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature : .....

## LISTE DES DOCUMENTS A REMETTRE

(Lors de l'inscription)

- Attestation Quotient Familial avec numéro allocataire CAF, si attestation manquante, le tarif le plus élevé sera appliqué
- Photocopies de l'attestation d'assuré social et de la carte vitale
- Photocopie des certificats de vaccinations à jour
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile au nom de l'enfant
- Bons vacances MSA
- 1 photo d'identité de l'enfant
- Certificat médical préalable à la pratique d'activités physiques et sportives
- Si l'enfant sait nager, test d'aptitude à la pratique d'activités nautiques et aquatiques
- Pour l'été, moyen de paiement (chèque, espèces, CESU...)
- Pour les enfants de moins de 3 ans, justificatif d'inscription à l'école pour la prochaine rentrée scolaire



Partie réservée à l'association les «P'tits coeurs de Saintonge»

### Documents manquants

- Attestation Quotient Familial avec numéro allocataire CAF, si attestation manquante, le tarif le plus élevé sera appliqué
- Photocopies de l'attestation d'assuré social et de la carte vitale
- Photocopie des certificats de vaccinations à jour
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile au nom de l'enfant
- Bons vacances MSA
- 1 photo d'identité de l'enfant
- Certificat médical d'aptitude aux activités sportives
- Si l'enfant sait nager, test d'aptitude à la pratique d'activités nautiques et aquatiques
- Pour l'été, moyen de paiement (chèque, espèces, CESU...)
- Pour les enfants de moins de 3 ans, justificatif d'inscription à l'école pour la prochaine rentrée scolaire