

FICHE D'INSCRIPTION*

Accueil de Loisirs -

* Remplir toutes les données et joindre tous les justificatifs demandés.

IDENTITÉ DE L'ENFANT

ENFANT 1

Nom : Prénom :
Date de naissance : Âges : ans Sexe : F - M

ENFANT 2

Nom : Prénom :
Date de naissance : Âges : ans Sexe : F - M

ENFANT 3

Nom : Prénom :
Date de naissance : Âges : ans Sexe : F - M

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

Situation des parents : Célibataire Vie Maritale Pacsés Mariés Séparés Veuf

IDENTITÉ DE LA MÈRE ou tuteur légal ou parent 1

Nom-Prénom :
Adresse du domicile :
.....
.....

Code postal :
Ville :

Tel fixe :
Tel portable :
Tel professionnel :
Email :

Profession :
.....

La mère est destinataire des factures
 AUTRE (préciser) :
.....
.....

IDENTITÉ DU père ou tuteur légal ou parent 1

Nom-Prénom :
Adresse du domicile :
.....
.....

Code postal :
Ville :

Tel fixe :
Tel portable :
Tel professionnel :
Email :

Profession :
.....

Le père est destinataire des factures
 AUTRE (préciser) :
.....
.....

Personnes à contacter et/ou autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'urgence ou d'indisponibilité des parents (présentation d'une pièce d'identité)

Nom-Prénom : Qualité : Tel :

Nom-Prénom : Qualité : Tel :

Nom-Prénom : Qualité : Tel :

Nom-Prénom : Qualité : Tel :

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE (joindre un justificatif)

- Attestation d'assurance transmise

ALLOCATIONS FAMILIALES (joindre un justificatif)

- Attestation de quotient familial CAF transmise
 Attestation de quotient familial MSA transmise

Quotien familial (à la date de l'inscription) :

Modification le Nouveau Quotien :

Modification le Nouveau Quotien :

INFORMATIONS ALIMENTAIRES

- Fiche sanitaire de liaison transmise

Enfant 1 :

Sans porc

Végétarien

Allergie(s) alimentaire(s) : (précisez) :

Enfant 2 :

Sans porc

Végétarien

Allergie(s) alimentaire(s) : (précisez) :

Enfant 3 :

Sans porc

Végétarien

Allergie(s) alimentaire(s) : (précisez) :

Pour toutes allergies alimentaires, nous vous demandons de nous fournir un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si tel n'est pas le cas nous ne pourrions pas prendre en charge les repas/gâters de vos enfants.

INFORMATIONS MÉDICALES ET SPORTIVES

Enfant 1 :

Mon enfant sait nager : oui non

Mon enfant sait faire du vélo : oui non

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES : (Port de lunettes, appareil dentaire...)

Port de lunettes Appareil dentaire Autre(s) :

Enfant 2 :

Mon enfant sait nager : oui non

Mon enfant sait faire du vélo : oui non

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES : (Port de lunettes, appareil dentaire...)

Port de lunettes Appareil dentaire Autre(s) :

Enfant 3 :

Mon enfant sait nager : oui non

Mon enfant sait faire du vélo : oui non

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES : (Port de lunettes, appareil dentaire...)

Port de lunettes Appareil dentaire Autre(s) :

FICHE D'AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) responsable légal des enfants
figurants sur la fiche d'inscription.

Déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste l'exactitude des renseignements fournis.

- Autorise l'équipe d'encadrement de l'Accueil de loisirs à prendre toutes les dispositions utiles, en cas d'urgence, en vue de la mise en œuvre pour mon enfant des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer
- Autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives aux baignades surveillées
- Autorisation de transport en véhicule de service et car de location
- Autorise seulement les personnes habilitées à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs
- Autorise mon enfant aux participations aux sorties si celui est inscrit
- Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile à partir de (Préciser l'heure)
- Autorise Familles Rurales à prendre mon enfant en photo et/ou vidéos pour les usages suivants :
 - Les journaux de Familles Rurales ou les journaux locaux
 - Les illustrations de notre page Facebook et de notre site internet

Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant

ENGAGEMENTS DES PARENTS :

- M'engage à transmettre à l'association, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et personnes à contacter, ... ;
- M'engage à transmettre à l'association les éventuels changements des renseignements mentionnés sur la fiche sanitaire de liaison de chacun de mes enfants ;
- M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'Accueil de loisirs
- M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepter ses dispositions, du projet éducatif et du projet pédagogique du centre de loisirs, ALSH Famille Rurales du pays de Pleaux.

Déclare adhérer à l'Association Familles Rurales (cotisation sur facture)

Fait à

Signature de la mère (ou tuteur légal ou parent 1)
Précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature du père (ou tuteur légal ou parent 2)
Précédée de la mention "lu et approuvé"

DOCUMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT LORS DE L'INSCRIPTION :

- La fiche d'inscription et autorisations parentales
- La fiche sanitaire de liaison (et s'il y a lieu le PAI et l'ordonnance de prescription médicale en cours de validité)
- La copie du carnet de santé comportant les vaccinations à jour
- L'assurance de responsabilité civile
- L'attestation du quotient familial
- S'il y a lieu, la décision de justice notifiant l'autorité parentale

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2022

IDENTITÉ DE L'ENFANT* (Remplir une fiche sanitaire par enfant)

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Garçon Fille

VACCINATIONS se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT* (*joindre le protocole et toutes informations utiles)

L'enfant suit-il un traitement médical* pendant sa présence au centre de loisirs ? **Oui** **Non**
 Mon enfant a un PAI* (protocole d'accueil individualisé) : **Oui** **Non**

* Si oui, joindre une ordonnance récente, le PAI 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.

À titre indicatif, L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| 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"/> | OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES :

| | | | |
|--|---|--|----------------------------------|
| ASTHME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | MÉDICAMENTEUSES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | ALIMENTAIRES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | AUTRES (précisez) : |
|--|---|--|----------------------------------|

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR : Automédication **Oui** **Non**

.....

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE :**

.....

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS (Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant,...)

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures suivant les prescriptions d'un médecin ou d'un service d'urgence **seuls habitants à domicile hospitalisés**.

Date :

Signature :