

Photo
d'identité

L'ENFANT

NOM : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin Masculin
 Repas : Avec porc Sans porc **Ecole** :
 Lieu de résidence : Parents Maman Papa Alternée Autres

PARENT 1 ou TUTEUR TUTRICE

NOM M Mme
 Prénom :
 Adresse :

 Profession :
 Employeur :
 ☎ Travail :/...../...../...../.....
 ☎ Personnel :/...../...../...../.....
 Situation familiale :
 N° Sécurité Sociale :

PARENT 2 ou TUTEUR TUTRICE

NOM M Mme
 Prénom :
 Adresse :

 Profession :
 Employeur :
 ☎ Travail :/...../...../...../.....
 ☎ Personnel :/...../...../...../.....
 Situation familiale :
 N° Sécurité Sociale :

N° d'Allocataire : Bénéficiaire : Parent 1 Parent 2
 Quotient Familial CAF : Régime général : CAF ou MSA
ADRESSE MAIL FAMILLE :



Renseignements Médicaux Obligatoires



NOM DU MEDECIN DE FAMILLE :

 Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : OUI / NON
Si votre réponse est OUI, vous devez nous transmettre un PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE P.A.I.
 Votre enfant présente t'il les pathologies suivantes :
 Allergies alimentaires NON / OUI Préciser :
 Allergies médicamenteuses : NON / OUI Préciser :
 Asthme : NON OUI DIABETE : NON OUI EPILEPSIE : NON OUI
 Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (de langage, de comportement...) :

 L'enfant suit-il un traitement régulier : NON / OUI
 Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs :
 NON / OUI Précisez :
 Autres indications utiles (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives, suivi spécialisé) :

VACCINS OBLIGATOIRES POUR FREQUENTER LE CENTRE DE LOISIRS : Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP)



Renseignements Médicaux Obligatoires



L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

MALADIE	OUI	NON
ANGINE		
COQUELUCHE		
OREILLONS		
OTITE		
RHUMATISMES ARTICULAIRE AIGU		
ROUGEOLE		
RUBEOLE		
SCARLATINE		
VARICELLE		

PHOTOGRAPHIE

J'autorise

Je n'autorise pas

le personnel à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une activité sur le temps de l'Accueil Collectif, à reproduire ou à diffuser ces œuvres photographiques et audiovisuelles par voie électronique ou par support imprimable (presse écrite, livre pédagogique ...).

L'enfant concerné dans ce dossier d'inscription est en capacité de nager 25 mètres au moins : Oui Non

Déclaration du responsable

Je soussigné(e).....responsable légal du mineur....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil Collectif de Mineurs (ACM) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

–J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'ACM,

–Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et en avoir reçu une copie,

–J'autorise et engage mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs de Bessines et à être transporté en car, minibus ou transport en commun,

–Je m'engage à faire enregistrer personnellement l'arrivée et le départ de mon enfant à l'Accueil de Loisirs de Bessines ou à défaut déléguer à une personne majeure : (à respecter la même procédure).

Nous vous remercions d'indiquer les personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

–M..... Tél : Lien:

–M..... Tél : Lien:

–M..... Tél : Lien:

–M..... Tél : Lien:

- Mon enfant est autorisé à partir seul : Non Oui À partir de :h....

A....., le.....

Signature(s)précédée(s) de la mention «Lu et approuvé»

PARENT 1

PARENT 2

TUTEUR/TUTRICE