



FICHE D'INSCRIPTION

ACTIVITÉS - SÉJOURS 2018-2019

L'ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

1 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉLÉPHONE PARENT 1 : PARENT 2 : AUTRE :

MAIL :

N°ALLOCATAIRE CAF OU MSA : QF :

La souscription d'une assurance couvrant les dommages corporels lors des activités extra-scolaires est vivement recommandée.

2 - VACCINATIONS

L'inscription aux séjours ou à l'accueil de loisirs n'est possible que pour les enfants ayant satisfait aux vaccinations obligatoires et à jour de ses rappels (sauf contre-indication médicale).

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé ou une attestation médicale de vaccins à jour. Dans le cas contraire, joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - Droit à l'image

J'autorise sans limitation de durée et d'itération (si vous souhaitez la suspension de cette autorisation, il suffira de nous en informer) l'Association d'Animation du Beaufortain à exploiter la (les) photographies(s) et les images vidéo représentant mon enfant pour tout usage de communication au public (cochez la ou les cases) :

- Sur ses supports papiers (édition, exposition)
 - Sur les articles de presse (Journal Ensemble, Savoie, Dauphiné)
 - Sur le site internet de l'association
 - Sur ses supports vidéo
- Sauf usage publicitaire et commercial.

4 - Règlement intérieur

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs, dont 1 exemplaire m'a été remis.

Date : SIGNATURE :

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise l'équipe d'animation à laisser **partir seul mon enfant en fin de journée de : l'Accueil de Loisirs :**

Oui Non

Indiquer les coordonnées des personnes autorisées à récupérer votre enfant (frères, sœurs, grands-parents, voisins...) :

Nom..... Prénom..... Téléphone :
 Nom..... Prénom..... Téléphone :
 Nom..... Prénom..... Téléphone :

SIGNATURE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2018-2019

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Né(e) le :/...../.....

5 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou durant le séjour ? Oui non

Si oui lequel : (joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	OUI	NON
VARICELLE	OUI	NON
SCARLATINE	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON
OTITE	OUI	NON
ROUGEOLE	OUI	NON
OREILLONS	OUI	NON

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES oui non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

Un P.A.I. peut être réalisé à la demande la famille. Information directement auprès de l'AAB.

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, ASTHME, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

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

6 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire...)

.....
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

(Joindre la photocopie de l'assurance extrascolaire).

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

SIGNATURE :