



**FICHE
D'INSCRIPTION
ACTIVITÉS - SÉJOURS
ACCUEIL DE LOISIRS
2019-2020**

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 d'itération et pour une durée maximale de 15 ans (si vous souhaitez la suspension de cette autorisation, il suffira de nous en informer) l'Association d'Animation du Beaufortain à prendre et exploiter des photographies ou vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant mon enfant dans le cadre des actions enfance-jeunesse de l'association, pour tout usage de communication et d'information relatif à ses activités sur les supports suivants :

- supports papiers à diffusion locale (édition, exposition, plaquettes d'information)
- supports en ligne (site internet de l'association)
- dans les articles de presse (Journal Ensemble, Presse Quotidienne Locale et Régionale)

Oui

Non

4 – Règlement intérieur

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs 3-17 ans, disponible à l'AAB et sur son site internet.

Date :

SIGNATURE :

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise l'équipe d'animation à laisser **partir seul mon enfant à partir de 17h à la fin du temps d'accueil** :

Oui Non

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

Nom..... Prénom..... Téléphone :

SIGNATURE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2019-2020

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 :