

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Qui vient chercher l'enfant ?

Nom, Coordonnées & lien de parenté de la personne venant habituellement (et/ou) occasionnellement chercher l'enfant :

.....

Qui exerce l'autorité parentale ?

Père et mère  Mère seule  Père seul  Autres (à préciser) .....

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code Postal..... Ville.....

Tél domicile..... Travail.....

Portable.....

Email..... @ .....

Régime social :  Général  Agricole  Autres

Allocataire CAF  oui  non N° Allocataire .....

Allocataire MSA  oui  non N° Allocataire .....

Quotient Familial .....

!! Le tarif maximum sera appliqué en l'absence de QF !!

**En cas d'urgence, prévenir (si différent des coordonnées ci-dessus)**

Melle  Mme  Mr ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville.....

Tél. .....



## COMMUNE DE CLEGUEREC



### Dossier d'INSCRIPTION

## ACCUEIL DE LOISIRS (4-14ans)

### DU 26 FÉVRIER AU 09 MARS 2018

NOM ..... Prénom .....

Né(e) le / / à ..... Age : ..... ans

Adresse .....

Code Postal..... Ville.....

Numéro de sécurité sociale : .....

**Je, soussigné(e), Mme, Mr ....., exerçant sur l'enfant sus-nommé, l'autorité parentale, inscrit mon enfant pour les activités des vacances d'Hiver 2018.**

Cochez les jours de présence de votre enfant, dans ce tableau et notez l'horaire pour la garderie.

Présence Journée + Repas	Garderie	
	Matin	Soir
Lundi 26/02		
Mardi 27/02		
Mercredi 28/02		
Jeudi 01/03		
Vendredi 02/03		
Lundi 05/03		
Mardi 06/03		
Mercredi 07/03		
Jeudi 08/03		
Vendredi 09/03		

**Nouveauté  
12 -15 ans**



**Mercredi 28/02**

De 18h00 à 22h00 :

Mon enfant participe à la  
**Soirée Ados (12-15ans)**

Oui

# AUTORISATION PARENTALE

- ☞ J'ai bien pris note, qu'une fois en dehors de l'Accueil de Loisirs, mon enfant n'est plus sous la responsabilité du directeur et qu'il ne sera accompagné ni à l'aller ni au retour, par le personnel du centre. (Pensez à bien noter l'identité de la personne venant le chercher)
- ☞ Je déclare que mon enfant est couvert par une responsabilité civile individuelle ou familiale.
- ☞ Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison de soins engagés.
- ☞ Je décharge les organisateurs de toutes responsabilités en dehors des horaires d'activités.
- ☞ J'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile  OUI  NON
- ☞ J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées, et certifie, pour les activités nautiques, que mon enfant sait nager.
- ☞ J'autorise les animateurs à photographier mon enfant dans le cadre des activités du centre et de pouvoir utiliser le support sur promotion de la structure accueillante.
- ☞ J'autorise également mon enfant à utiliser les transports organisés par l'Accueil de Loisirs dans le cadre des sorties.

► Vous trouverez ci-joint mon règlement :

de ..... € en espèce, en chèque pour les activités.

Fait à ..... le / / 2018

Signature (précédée de la mention "Je le signe et approuve")



## FICHE SANITAIRE

Cette fiche sanitaire de liaison a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle vous évite de vous dessaisir de son carnet de santé. Rayer les mentions inutiles si nécessaire.

### ENFANT

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance / /

### Vaccination

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polyomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui  Non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

### Allergies

Asthme  Oui  Non      Médicamenteuse  Oui  Non  
Alimentaires  Oui  Non      Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant sur conseil médical.

Date / /

Signature