

DOSSIER D'INSCRIPTION 2022 ACCUEIL DE LOISIRS ROCHEFORT SUR LOIRE



Cadre réservé à l'organisateur :

- Fiche famille complétée
- Carte d'adhérent Familles Rurales 2022
- Mandat de prélèvement complété (si changement)
- Attestation de quotient familial (CAF ou MSA)
- Charte d'utilisateur blog

Une par enfant :

- Fiche sanitaire
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Attestation d'assurance extrascolaire (ou responsabilité civile)
- Autorisation droit à l'image

FICHE FAMILLE

Identité de votre ou vos enfants :

Nom : Prénom : Date de naissance : / / 20

Nom : Prénom : Date de naissance : / / 20

Nom : Prénom : Date de naissance : / / 20

Nom : Prénom : Date de naissance : / / 20

Situation familiale : Célibataire Marié/Pacsé Veuf(ve) Vie maritale Divorcé/Séparé

Parent allocataire Mme Mr

N° Allocataire :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse complète :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 : - - - -

Téléphone 2 : - - - -

Profession :

Parent Mme Mr

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse complète : *idem parent allocataire*

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 : - - - -

Téléphone 2 : - - - -

Profession :

J'autorise la structure à avoir accès à mon compte CAF (PRO) pour mettre à jour mon quotient familial : Oui Non

Adresse mail OBLIGATOIRE (envoi des factures) :

Je déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur de la structure : Oui Non

Le : ____ / ____ / _____

Signature du responsable

FICHE SANITAIRE 2022

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / 20 Sexe Masculin Féminin

École et classe fréquentées :



Personne à contacter en cas d'urgence : Père Mère Autre

Téléphone : - - - -

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

Nom-Prénom : Téléphone : - - - - Lien avec l'enfant :

Nom-Prénom : Téléphone : - - - - Lien avec l'enfant :

Nom-Prénom : Téléphone : - - - - Lien avec l'enfant :

Renseignements médicaux :

N° sécurité sociale (dont dépend l'enfant) :

Nom du médecin traitant : Téléphone : - - - -

* L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

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

* L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

- Asthme Oui Non
- Alimentaires Oui Non
- Médicamenteuses Oui Non
- Autres (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....
.....

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

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

* L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Si oui, précisez :

.....

Recommandations utiles des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....

- * J'autorise la pratique d'activités physiques pour mon enfant **Oui** **Non**
- * J'autorise mon enfant (plus de 8 ans) à rentrer seul **Oui** **Non**
- * J'autorise l'équipe d'animation de l'accueil de loisirs à maquiller mon enfant dans le cadre des activités proposées. Je décharge l'accueil de loisirs de toutes responsabilités en cas de réaction allergique **Oui** **Non**
- * J'autorise l'accueil de loisirs à appliquer de la crème solaire à mon enfant si nécessaire **Oui** **Non**
- * J'autorise mon enfant à participer à une sortie piscine **Oui** **Non**
 - Mon enfant sait nager **Oui** **Non**

Autorisations

- J'autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux sorties organisées par la structure **Oui** **Non**
- J'autorise la structure à transporter mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités (sorties, séjours) en car, transports en commun, minibus, voiture particulière **Oui** **Non**
- J'autorise la structure à photographier, filmer mon (mes) enfant(s) et diffuser ces images dans le cadre des activités et représentation de l'association **Oui** **Non**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de cet enfant **Oui** **Non**

Le : ____ / ____ / _____

Signature du responsable :

*** Pensez à joindre la photocopie du carnet de vaccinations**