



Dossier d'inscription

Enfant

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| Nom : _____ | Prénom : _____ |
| Date de naissance : _____ | Age : _____ Ecole : _____ |
| Fille <input type="checkbox"/> | Garçon <input type="checkbox"/> |

Responsables légaux (père, mère, tuteur)

| Parent 1 : père, mère, tuteur | Parent 2 : père, mère, tuteur |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| | |
| | |
| Profession : | Profession : |
| Téléphone fixe : | Téléphone fixe : |
| Portable : | Portable : |
| Adresse mail : | Adresse mail : |
| Situation Familiale: | Situation Familiale: |

Allocation

CAF – MSA (*Barrer les mentions inutiles*) de : N° allocataire :

Quotient familial :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant après l'activité (Hors Responsable)

| Nom | Prénom | Qualité | Téléphone |
|-----|--------|---------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Les personnes non-inscrites sur ce tableau ne pourront pas récupérer l'enfant au centre de loisirs sauf décharge signée par les représentants légaux.

Recommandations/informations utiles

Allergies, médicaments, lunettes...



Association Centre aéré SARRAS-OZON
18 avenue des Cévènes-07370SARRAS
centreaeresarrasozon@free.fr

Autorisation parentale

Je soussigné en qualité de autorise le personnel encadrant de l'association Centre Aéré Sarras Ozon dans le cadre du centre de loisirs :

- A prendre toute mesure qui s'imposerait en cas d'urgence pour mon enfant
- A photographier ou filmer mon enfant et à utiliser l'image dans le cadre de l'activité de l'accueil de loisirs, pour affichage et archivage, pour la presse locale et pour internet.
- De transporter mon enfant en fonction de l'activité (*En Mini-bus ou avec une compagnie de transport*)
- A laisser partir mon enfant avec les personnes autorisées que je viens de noter
- A laisser mon enfant partir seul de l'activité à 17h00 OUI NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du centre et l'accepte dans son intégralité.

J'ai noté qu'aucun médicament (y compris Spafon, Paracetamol, Aspirine, Ibuprofene...) ne sera donné à mon enfant s'il n'est pas en possession de l'**ordonnance en cours de validité** fournie par son médecin

J'ai pris note que l'association et le personnel du centre de loisirs se dégagent de toutes responsabilités liées à la non connaissance de faits non signalés sur les fiches du dossier d'inscription

Le :

A :

Signature des représentants légaux suivis de la mention « **Lu et approuvé** » :

Documents à fournir :

- Fiche d'inscription
- Fiche sanitaire
- Photocopie des vaccins à jours
- Attestation d'assurance en responsabilité civile de l'enfant
- Document CAF



Fiche Sanitaire

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Age : _____

Fille Garçon Médecin traitant : _____ Tel _____

Renseignements Médicaux*

| <i>Maladie</i> Votre enfant à t-il déjà eu : | | | <i>Allergie</i> | | |
|---|-----|-----|---|-----|-----|
| Angine | OUI | NON | Alimentaires | OUI | NON |
| Rhumatisme articulaire | OUI | NON | Médicamenteuses | OUI | NON |
| Rubéole | OUI | NON | Asthme | OUI | NON |
| Otite | OUI | NON | Autre | OUI | NON |
| Oreillons | OUI | NON | Précision de l'allergie et de la conduite à tenir | | |
| Varicelle | OUI | NON | | | |
| Scarlatine | OUI | NON | | | |
| Coqueluche | OUI | NON | | | |
| Rougeole | OUI | NON | | | |

Régime alimentaire

| | | | | | |
|-------------|-----|-----|-----------|-----|-----|
| Sans Viande | OUI | NON | Sans Porc | OUI | NON |
| Autre | | | | | |

Recommandations/informations utiles

Lentilles, lunette, appareil dentaire,...

*** MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE TOUS LES VACCINS DE L'ENFANT (Pensez à y mettre son nom et prénom dessus)**

Je soussigné en qualité de déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du centre, l'accepte dans son intégralité et autorise le personnel encadrant de l'association Centre Aéré Sarras Ozon dans le cadre du centre de loisirs à prendre toute mesure qui s'imposerait en cas d'urgence pour mon enfant.

Le :

A :

Signature des représentants légaux suivis de la mention « **Lu et approuvé** » :