

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Centre de loisirs

Maison des jeunes

Accueils périscolaires

Responsables légaux

Situation parentale : Parent isolé, veuf Mariés, Pacsés ou concubins Séparés, divorcés

Mère Père Organisme

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone perso : _____
Téléphone pro : _____
E-mail : _____

Père Mère Tuteur Autre : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone perso : _____
Téléphone pro : _____
E-mail : _____

NB : Pour les parents séparés ou les familles d'accueil, merci de transmettre tout document (justificatif de garde, jugement, décision de placement, attestation de garde alternée...) permettant d'éviter toute ambiguïté quand aux personnes autorisées à venir récupérer l'enfant.

Allocataire CAF :

Titulaire du compte : _____
Numéro allocataire CAF : _____

Afin de vous faire bénéficier des tarifs dégressifs, la CAF met à notre disposition un outil permettant d'aller récupérer votre quotient familial lors de votre inscription ou chaque année en janvier ou chaque fois que vous en ferez la demande (si changement de quotient familial en cours d'année). Il vous suffit de nous y autoriser :

- OUI** j'autorise le responsable du service animation à récupérer mon quotient familial directement auprès de la CAF
 NON je ne souhaite pas bénéficier des tarifs dégressifs.

Allocataire MSA :

Titulaire du compte : _____
Numéro allocataire MSA : _____

Afin de vous faire bénéficier des tarifs dégressifs, pensez à remettre dès que possible votre attestation de quotient familial. Celle-ci est disponible sur www.msa.fr

Autorisations :

Activités, santé et sécurité	
J'autorise l'enfant concerné par ce dossier à participer aux sorties éducatives organisées dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs et/ou de la maison des jeunes d'Inguiniel, y compris si ces sorties nécessitent un déplacement en voiture, en minibus, en bus de ville ou en car.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise l'équipe d'animation à prendre toutes les mesures qu'elle estime nécessaires dès lors que l'état de santé de l'enfant justifie l'intervention d'un médecin, des secours, y compris si cela conduit à une hospitalisation.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Droit à l'image	
J'autorise l'équipe d'animation à prendre l'enfant en photo et vidéo pour un usage interne au centre de loisirs ou à la maison des jeunes (expositions, trombinoscopes, activités à partir de la photo...).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise les responsables du service animation à publier des photographies dans lesquelles apparaît l'enfant dans des supports de communication locaux exclusivement (plaquettes, bulletin communal, journaux locaux...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
J'autorise les responsables du service animation à publier des photographies et des vidéos dans lesquelles apparaissent les enfants sur internet (site internet communal, intercommunal, blogs du service animation...), exception faite des réseaux sociaux (Facebook, Youtube etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Suite 

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Renseignements concernant l'enfant :

Nom de famille : _____ Sexe :
Prénoms : _____ Masculin
Date de naissance : ___ / ___ / _____ Féminin
Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Service animation
Accueils collectifs de mineurs

Vaccinations :

Fournir une photocopie du carnet de vaccinations.

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

Maladies chroniques :

Asthme Allergies médicamenteuses Allergies alimentaires

Autre (précisez) : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir. En cas d'automédication, le signaler :

L'enfant suit-il un traitement médical chronique : OUI NON

Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine avec la notice

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

Rubéole Varicelle Rougeole Oreillons Otite

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), précisez les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...) :

Médecin traitant :

Docteur _____ exerçant à _____

Téléphone : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant (parents, grands-parents, amis, voisins...) :

NOM, prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Je/Nous, soussigné(e)(s) _____, responsable(s) légal(ux) de l'enfant, déclare(ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise(ons) les personnes responsables de l'encadrement des enfants sur les temps périscolaires et extrascolaires à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (consultation médicale, transport en ambulance, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à _____, le _____

signature(s) :