

AUTORISATIONS

L'enfant sait-il **nager** :

- OUI
- NON

Autorisez-vous la **piscine** pour votre enfant ?

- OUI
- NON

Votre enfant a-t-il un **régime alimentaire** particulier ?

- Sans Porc
- Sans viande
- Autres à préciser _____

Pendant les activités, autorisez-vous le personnel de l'association à **photographier et/ou à filmer** votre enfant pour la création de souvenirs et d'archives ?

- OUI
- NON

Autorisez-vous l'association à utiliser ces supports pour sa **promotion et son information** (presse et journaux locaux, affiches...)

- OUI
- NON

Autorisez-vous de **recevoir de la documentation** sur toutes les actions de la Ligue de l'Enseignement ?

- OUI
- NON

Autorisez-vous votre enfant à **rentrer seul(e)** ?

- OUI
- NON

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

Dossier d'inscription Accueil de loisirs

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Pièces à fournir :

- Attestation CAF (quotient Familial)
- Photocopie des Vaccins à jour (SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION)
- Dernière page du règlement intérieur signée.

Ligue de l'enseignement 15 rue Général de Reffye 88000 EPINAL

FEDERATION DES ŒUVRES LAIQUES

ALSH subventionné par la CAF des Vosges

Tél : 03.29.69.64.63

Mail : vse@fol-88.com

Accueil de loisirs

CHARMES

2022-2023

Direction Charmes : 07.55.65.79.15

Charmes.alsh@fol-88.com

Nom-prénom de l'enfant : _____ (Fille) (Garçon)

Ecole :

- Henri Breton
- Malgaigne
- Devant-Les-Folies
- Autres, précisez : _____

PARENTS DE L'ENFANT	Père	Mère
Nom, Prénom		
Adresse du domicile		
Téléphone : <input type="radio"/> Fixe <input type="radio"/> Portable <input type="radio"/> Travail		
Mail :		
Situation familiale : <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Monoparentale <input type="radio"/> Séparé/divorcé <input type="radio"/> Famille d'accueil		

Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom et adresse des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom – Prénom	Téléphone

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendu nécessaire par l'état de l'enfant.

Signature (précédé de la mention Lu et Approuvé) :

Date :

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.

Médecin traitant :

NOM : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Poids de l'enfant (kg) . _____ Taille de l'enfant : _____

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? OUI NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans sa boîte d'origine et marquées au nom de l'enfant*)

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

VACCINATION OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATES DE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Allergies, recommandations :

Allergies :

- Médicamenteuses : oui non
- Alimentaires : oui non
- Asthme : oui non
- Autres : oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires....
