

Dossier d'inscription 2024-2025

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.

Accueil de loisirs

CHARMES

2024-2025

Direction Charmes : 06.46.56.43.48

jeunesse.charmes@leolagrange.org

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 ou 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 votre enfant à rentrer seul(e) ?

OUI NON

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

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 : Couple <input type="radio"/> Monoparentale <input type="radio"/> Séparé/divorcé <input type="radio"/> Famille d'accueil <input type="radio"/>		

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

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
Diphthérie				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....
