

Dossier d'inscription

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 non contre-indication)
- Dernière page du règlement intérieur signée avec la mention « lu et approuvé ».

Accueil de loisirs

CHARMES

2025-2026

Accueil : 06.46.56.43.48

Direction : 06.68.85.25.66

Mail : 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
- 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

Date et signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »

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 – Lien de parenté	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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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....
