



Centre d'Animation de la Preille

FICHE D'INSCRIPTION

Année 2014

Personnes à contacter en cas d'urgence (Nom et numéro) :

.....
.....
.....
.....

NOM (de l'enfant) :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Courriel :

Date de naissance :

Ecole :

Ces renseignements sont confidentiels, ils sont destinés au personnel d'animation pour garantir les meilleures conditions d'accueil de votre enfant.

Responsables légaux :

Père Mère Autre:

Melle/Mme/Mr :

Adresse (si différente de celle de l'enfant):

Profession :

Employeur:

Tél. professionnel:

Tél. portable:

Père Mère Autre:

Melle/Mme/Mr :

Adresse (si différente de celle de l'enfant):

Profession :

Employeur:

Tél. professionnel:

Tél. portable:

Régime : CAF N° d'allocataire :

MSA N° d'allocataire :

Autre :

Bénéficiez-vous de bons vacances ? OUI NON

Si oui, n'oubliez pas de nous les transmettre à l'inscription pour qu'ils soient déduits de votre facture.

N° de sécurité sociale (de la personne qui assure la couverture sociale de l'enfant):

Votre quotient familial :

Les tarifs du A.L.S.H sont établis selon les ressources des familles. Aussi, nous vous prions de nous indiquer votre quotient familial, et de nous joindre une attestation de votre organisme de prestations familia-les en justificatif. Sans ces informations, nous serons dans l'obligation de vous facturer sur la base du tarif le plus élevé. Merci de votre compréhension.

QUOTIENT FAMILIAL 2014 :

Assurance responsabilité civile de votre enfant :

Je, soussigné(e).....reconnait avoir eu connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile individuelle pour mon enfant.

Compagnie:.....N° de contrat:.....

Régime alimentaire spécifique :

NON OUI, si oui, lequel?.....

Renseignements médicaux :

Vaccins obligatoires : DTP (Diphtérie, tétanos, polio)
Vaccins recommandés : ROR (Rougeole, oreillons, rubéole) Coqueluche
 Hib (otites, méningites, septicémie...) Hépatite B

Ou fournir un certificat de non vaccination

Joindre une photocopie du carnet de santé (pages des vaccinations)

Y a-t-il des renseignements concernant la santé de votre enfant que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel d'animation? NON OUI, si oui, lesquels?

En cas d'accident, l'enfant doit-il être conduit dans un établissement ou chez un médecin particulier? Si oui, lequel ?.....N° de Tél.:.....

En cas d'accident grave, l'équipe d'animation a pour consigne de prévenir immédiatement les pompiers et d'avertir les parents ou les personnes indiquées. En cas d'accident bénin, les parents, ou les personnes indiquées, sont consultés pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant.

Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance, sauf en cas d'urgence, où les animateurs ont l'autorisation d'administrer de l'homéopathie (arnica, belladonna, apis mellifica).

Autorisation parentale :

Je, soussigné(e)....., responsable de l'enfant:

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche
- autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées
- autorise l'utilisation des photographies où peut apparaître mon enfant dans le cadre de la promotion du centre de loisirs et des activités (presse locale, bulletins d'informations)
- autorise le personnel du centre de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer des interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin dans le cas où je ne serais pas joignable.

Autorisation de sortie après le Centre de Loisirs

- J'autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs dès la fin des activités
- Je n'autorise pas mon enfant à quitter seul le centre de loisirs

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant :

Fait à le Signature(s) :