

CENTRE DE LOISIRS 2016		Adhérent 2016 n°
DOSSIER D'INSCRIPTION		ENFANT
NOM		GARCON FILLE
PRENOM	DATE DE NAISSANCE	AGE
AUTORITE PARENTALE		MATERNEL PRIMAIRE
PÈRE (OU TUTEUR LEGAL)		
NOM	PRENOM	INSCRIPTIONS
ADRESSE		
CP/VILLE		HIVER
TEL DOM	TEL TRAVAIL	1/2 J J
TEL PORT	PROFESSION	PRINTEMPS
MÈRE (OU TUTEUR LEGAL)		1/2 J J
NOM	PRENOM	ÉTÉ SEM 1
ADRESSE		1/2 J J
CP/VILLE		ÉTÉ SEM 2
TEL DOM	TEL TRAVAIL	1/2 J J
TEL PORT	PROFESSION	ÉTÉ SEM 3
MAIL FAMILLE		1/2 J J
PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT		ÉTÉ SEM 4
NOM / PRENOM		1/2 J J
LIEN DE PARENTE		ÉTÉ SEM 5
TEL DOMICILE	TEL PORTABLE	1/2 J J
NOM / PRENOM		ÉTÉ SEM 6
LIEN DE PARENTE		1/2 J J
TEL DOMICILE	TEL PORTABLE	ÉTÉ SEM 7
NOM / PRENOM		1/2 J J
LIEN DE PARENTE		AUTOMNE
TEL DOMICILE	TEL PORTABLE	1/2 J J
PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS		
NOM/PRENOM		
LIEN DE PARENTE	TELEPHONE	
ATTESTATION D'ASSURANCES RESPONSABILITE CIVILE		
2015/2016 <input type="checkbox"/> N°	2016/2017 <input type="checkbox"/>	N°
SANTE DE L'ENFANT		
PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)	OUI <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Déclaration du responsable légal

Je soussigné(e) NOM

Prénom

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs (sorties, activités sportives, baignades, etc)

Certifie que les vaccinations de mon enfant sont à jour

Concernant le droit à l'image de mon enfant, j'autorise ou je n'autorise pas l'Association des Familles de B.S.J.S.A à utiliser sur ses supports de communication (brochures, site internet, page Facebook) et dans la presse locale, les photos et les vidéos de mon enfant effectuées dans le cadre exclusif des activités du Centre de Loisirs. Je renonce au droit à l'image et au droit de reproduction.

Autorise les responsables du Centre De Loisirs à prendre toutes les mesures (transport sanitaire, traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant et m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux, pharmaceutiques et/ou hospitaliers.

M'engage à prendre en charge les frais supplémentaires d'un retour prématuré de mon enfant (frais de l'enfant et frais aller/retour de l'accompagnant).

M'engage, en cas d'absence de mon enfant, d'en informer les responsables au plus vite, de fournir la raison de cette absence et à remettre un certificat médical.

Certifie avoir pris connaissance du Projet d'établissement du Centre De Loisirs et l'accepter sans réserve.

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche d'inscription

Fait à Blacé, le

Signature

OBSERVATIONS PARTICULIERES ET IMPORTANTES A PORTER A NOTRE CONNAISSANCE (AUTRES QUE MEDICALES)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Vaccinations obligatoires DTP :

Dernier rappel :

En cas de contre-indication, fournir un certificat médical

Allergies : Alimentaires (lesquelles) :

Médicamenteuses (lesquelles) :

Asthme

Autres :

La santé de votre enfant nécessite de prendre des précautions, d'administrer un traitement pendant le séjour :

Oui Non

Si oui, compléter un PAI avec les responsables du Centre de Loisirs.

N'hésitez pas à nous communiquer tout autre élément qui vous paraisse important (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, aérateurs transtympaniques, consigne alimentaires)

Cliquez ici pour entrer du texte.