

Fiche inscription ALSH 2015 - 2016

N° adhérent : _____

Date : _____

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Sexe F M N° CAF : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Mail : _____

Ecole : _____ Classe : _____

Pays d'origine : _____

PARENTS	Père	Mère
NOM		
Prénom		
Profession		
Employeur		
Tél. travail		
Tél. portable		

Situation professionnelle :

Actif - Inactif - Congé parental - Parent isolé - Invalidité - Handicap

Je soussigné(e) _____

Représentant légal de l'enfant : _____

- autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs / l'atelier accompagnement scolaire
 n'autorise pas mon enfant à quitter seul le centre de loisirs / l'atelier accompagnement scolaire
(cocher la case choisie)

Les personnes habilitées à prendre en charge mon enfant sont :

NOM _____ Prénom _____ Tél. _____

NOM _____ Prénom _____ Tél. _____

NOM _____ Prénom _____ Tél. _____

Rappel : En dehors des horaires mentionnés sur les programmes, les enfants sont sous l'entière responsabilité des parents.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

Copie du **carnet de vaccinations** OUI NON

Allergies : alimentaires OUI NON
médicamenteuses OUI NON
autres (animaux, pollen, plantes...) OUI NON

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Merci de fournir un certificat médical (obligatoire) de non contre-indication pour toutes activités proposées par le centre de loisirs (telles que baignade en mer, piscine, roller, équitation...).

J'autorise, en cas d'accident, l'enfant à être conduit dans un établissement ou chez un médecin particulier.

Nom du médecin _____ Téléphone _____

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 (n° de téléphone en cas d'urgence).

En cas d'accident bénin, les parents ou les personnes indiquées sont consultées pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur _____

- autorise mon enfant à être pris en photo (Ouest-France, plaquette, programme, site Maison des Squares)
 - n'autorise pas mon enfant à être pris en photo
 - autorise mon enfant à être filmé lors des activités du centre de loisirs
 - n'autorise pas mon enfant à être filmé lors des activités du centre de loisirs
- (cocher la case choisie)**

Concernant les pique-niques lors des sorties à la journée, nous demandons aux parents d'éviter d'utiliser des produits qui ne se conservent pas (ex. : mayonnaise, beurre...), ceci pour éviter les éventuelles intoxications alimentaires.

Le projet éducatif et pédagogique de l'organisateur du centre de loisirs est à votre disposition.

Ayant pris connaissance du fonctionnement du centre de loisirs :

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées.
- Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- J'autorise le Directeur du centre de loisirs à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale.
- Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés par l'organisateur en raison des soins engagés.
- Je reconnais avoir eu connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance complémentaire pour mon enfant couvrant les risques liés à l'activité du centre de loisirs.

Fait à _____, le _____

Signature précédée de « Lu et approuvé »