

Dossier d'INSCRIPTION

ANNEE 2019 /2020

Enfant :

(Nom et prénom)

Date de naissance : Classe :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone maison :

N° Sécu auquel il est rattaché :

Relevez-vous du régime général ? : (Obligatoire sinon indiquer néant)

CAF : OUI NON N° :

MSA : OUI NON N° :

Compagnie d'assurance :

(Si ne dépend pas de la Sécurité sociale ou MSA)

Photo de l'enfant

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

(Adulte auquel l'enfant est rattaché pour CAF et SECU)

Père :

(Nom et prénom)

Mère :

(Nom et prénom)

Téléphone (portable) :

Téléphone (portable) :

N° Sécu. Sociale :

(Ou autre assurance et spécifier)

N° Sécu. Sociale :

(Ou autre assurance et spécifier)

Profession :

Profession :

Employeur :

(Adresse complète)

Employeur :

(Adresse complète)

Tel professionnel :

Tel professionnel :

Adresse Mail :

Adresse Mail :

Départ de l'enfant

Je viens chercher mon enfant

Une tierce personne vient chercher mon enfant

Sortie des enfants :

Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre, que s'il est accompagné d'une personne dont le nom est inscrit ci-dessous. Le centre se réserve le droit de demander une pièce d'identité à toute personne venant chercher l'enfant.

.....tel :.....
.....tel :.....
.....tel :.....

Y-a-t-il une personne interdite de visite ? OUI NON

Notre enfant sait nager : OUI NON
(NB les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite)

Observations (*Traitement médical, allergies, précautions, etc.*) :.....
.....
.....

Médecin traitant :..... Hôpital en cas d'urgence (<i>si possible</i>):tel :.....

L'inscription à l'Accueil de loisirs de CORBONOD implique pour chacun l'engagement de participer à la vie collective, aux services et activités prévus au programme et d'adhérer au règlement intérieur du centre.
--

Je soussigné(e), père, mère, tuteur (*Mettre une croix dans les cases*)

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre données par le règlement intérieur ainsi que des modalités de paiement de l'accueil et séjours ;
Déclare accepter de respecter les horaires de fermeture du centre (**max. 18h30**)
Autorise notre enfant à :
 - Participer aux activités organisées par le centre (transport compris)
 - Voyager : **en voiture individuelle** ou par transport collectif
 - A se baigner
 - A pratiquer tous les sports

- Autorise FAMILLES RURALES à prendre des photos de moi-même ou de mon enfant pendant un temps d'animation, de les diffuser gratuitement dans les journaux locaux, panneaux d'affichage, site Internet du centre.

- Autorise les responsables du centre de loisirs à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Je m'engage à rembourser au centre les avances des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à, le

Signature
Précédée de la mention « lu et approuvé »

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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