

**DOSSIER INSCRIPTION - FICHE SANITAIRE**

Nom et prénom de l'enfant : .....

Adresse : .....

Date de Naissance : .....

Sexe : .....

<b>PARENT 1 :</b> Nom, Prénom : ..... Adresse Mail : ..... Tél. Portable : ..... Tél Domicile : ..... Situation familiale : ..... Employeur : ..... Tél Travail : .....	<b>PARENT 2 :</b> Nom, Prénom : ..... Adresse Mail : ..... Tél Portable : ..... Tél Domicile : ..... Situation familiale : ..... Employeur : ..... Tél Travail : .....
--	---

**Informations scolaires année 2023/2024 :**

Ecole : .....

Classe et instituteur : .....

**Régime Allocataire :**

Numéro Allocataire CAF : .....

Numéro Allocataire MSA : .....

**Documents à joindre au dossier :**

Copie du carnet de vaccination (DT polio obligatoire)

# AUTORISATIONS

Nom et prénom de l'enfant : .....
-----------------------------------

Nous, soussignés \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

Autorisons les personnes ci-dessous à venir récupérer notre enfant :

Nom - Prénom et numéro de téléphone

Autorisons

N'autorisons pas

L'accueil de loisirs à reproduire librement et gratuitement des **photographies** de mon enfant .....  
(Nom prénom) ainsi que ma personne dans ses différentes publications (plaquettes, presse, vidéos, expositions) y compris internet dans le cadre des activités et représentations de l'association.

Autorisons

N'autorisons pas

Le personnel de l'accueil de loisirs à administrer à ..... (Nom prénom) les éventuelles **médicaments prescrits** par notre médecin (sur présentation de l'ordonnance et de l'accord du tuteur légal qui accepte que les éventuelles médicaments soient données par le personnel de l'accueil de loisirs).

Autorisons

N'autorisons pas

..... (Nom prénom) à **quitter seul(e)** l'accueil de loisirs (7 ans et plus)

Autorisons

N'autorisons pas

..... (Nom prénom) à **être transporté(e)** en car pour se rendre aux activités extérieures.

**Je déclare :**

Autoriser l'association à consulter le site CAF Pro (Permet de connaître votre quotient familial pour être facturé en fonction de celui-ci)

Avoir lu et accepte le règlement intérieur de l'accueil de loisirs

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signatures



**INDIQUEZ CI-APRES :**

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

**3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
 PRECISEZ.

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

**4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT(facultatif).....

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil 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  
 COORDONNEES DE LA STRUCTURE**

FAMILLES RURALES NUEIL LES AUBIERS  
 20 AVENUE SAINT HUBERT  
 79250 NUEIL LES AUBIERS

Tél. : Fax : Email : acm.nord.afmla@gmail.com

**OBSERVATIONS**

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