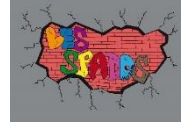


# FICHE D'INSCRIPTION 3/17 ANS

(1 fiche par enfant)



## Accueil de loisirs OXYGÈNE 43600 LES VILLETES

Cette fiche d'inscription est valable pour une durée de 3 ans. Chaque année nous vous demanderons de la vérifier et d'y apporter les modifications correspondantes.

### ENFANT

Nom : .....

Ecole : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Savoir nager (à fournir si OUI) : OUI  NON

Age : .....

### PARENTS / RESPONSABLES LÉGAUX

(en cas de facturation séparée, remplir une fiche d'inscription par responsable)

Situation familiale :  parents séparés

Adresse postale : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° Allocataires CAF : ..... Quotient familial : .....  CAF  MSA  Autres

Joindre une copie de l'attestation de moins d'un mois, à renouveler chaque année en avril et juillet.

#### Tuteur légal 1 (contact prioritaire)

Nom : .....

Prénom : .....

N° tel. Portable : .....

N° tel. Travail : .....

Adresse mail : .....

#### Tuteur légal 2

Nom : .....

Prénom : .....

N° tel. Portable : .....

N° tel. Travail : .....

Adresse mail : .....

### INFORMATIONS MÉDICALES

Fournir les photocopies du carnet de vaccination, à jour.

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : ..... Commune : .....

#### Allergies :

Alimentaires  Médicamenteuses  Asthme

Autres Précisez : .....

#### Handicap / Trouble diagnostiqué :

.....

PAI : OUI  NON  .....

(Si oui prendre contact avec la direction)

Traitement médical (fournir ordonnance + autorisation parentale) :  
.....

#### Bénéficiaire AEEH (aide pour enfant en

situation de handicap) : OUI  NON

(Si oui, fournir un justificatif)

#### Appareil médical/santé :

Lunettes  Appareils auditifs  Appareil dentaire

Autres : .....

#### Régime spécial :

Sans porc  Sans viande

Autres informations : .....

# AUTORISATIONS

**Médicales** : OUI  NON

Nous autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à présenter notre enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Nous autorisons à administrer à notre enfant des produits et soins en cas de blessures superficielles (sérum physio, kits d'apaisement des piqûres, démangeaisons...)

**Diffusion d'images et de vidéos :**

Diffuser photos/vidéos de mon enfant sur les groupes privés FB/Site internet OXYGENE dans le cadre des activités pédagogiques

Diffuser photos/vidéos de mon enfant sur les sites et autres supports de communications de la Communauté de Commune MVR ou de la presse.

**Autres :**

Transport en bus, mini bus ou voiture personnelle du personnel dans le cadre des activités de l'Accueil de loisirs.

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre, par les moyens que j'aurai choisi (vélo, à pied...) à partir des horaires d'accueil.

J'autorise le transfert Centre – Club de Foot, les mercredis hors vacances scolaires aux horaires communiqués, assuré par le centre et le club de foot.

**Autres personnes à prévenir en cas d'urgence et autorisées à récupérer votre enfants**

<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>N° téléphone :</b>	<b>N° téléphone :</b>

<b>Nom :</b>	<b>Nom :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>N° téléphone :</b>	<b>N° téléphone :</b>

Je soussigné(e), ..... responsable légal de(s) l'enfant(s), déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de l'association, à prendre, le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...)

**Date :**

**Signature :**