

Accueil de loisirs OXYGENE

FICHE D'INSCRIPTION

3/17 ANS

(1 fiche par enfant)

Vacances – Mercredis – Péri-scolaire (Soir)

Enfant

Nom : Prénom : Date de Naissance : Age :

Ecole et classe fréquentée :

Médecin : Tel :

Informations médicales	Autorisations parentales
<p>Allergies :</p> <p>Alimentaires <input type="checkbox"/> Médicamenteuses <input type="checkbox"/></p> <p>Asthme <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/></p>	<p>Médicales : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p> <p>Nous autorisons à administrer à notre enfant des produits et soins en cas de blessures superficielles (sérum physio, kits d'apaisement des piqûres, démangeaisons...)</p>
<p>Vaccinations : Fournir les photocopies du carnet de vaccination, à jour.</p>	
<p>Si PAI à mettre en place : Prendre contact avec la direction</p>	<p>Diffusion d'image :</p>
<p>Traitement médical : fournir ordonnance du médecin + mail d'autorisation parentale</p> <p>Précisez le traitement :</p>	<p><input type="checkbox"/> Afficher photo/vidéo de mon enfant sur nos groupes FB/Insta/Site internet dans le cadre des activités</p> <p><input type="checkbox"/> Diffuser photo/vidéo de mon enfant dans la presse</p> <p><input type="checkbox"/> Diffuser photo/vidéo de mon enfant avec le site et autres supports de communications de la Communauté de Commune MVR.</p>
<p>Recommandations utiles : lunettes, lentilles, prothèses auditives/dentaires....</p>	<p><input type="checkbox"/> Transport en bus ou mini bus dans le cadre des activités de l'Accueil de loisirs.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>
<p>Restauration :</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande</p>	<p><input type="checkbox"/> J'autorise le transfert Centre – Club de Foot, les mercredis aux horaires communiqués, assuré par le centre et le club de foot.</p>

Parents / Responsables légaux

Merci de nous préciser si les adresses, QF CAF, et facturation sont différents pour les deux parents.

Adresse postale : Code postal :

Commune :

N° Allocataires CAF : Quotient familial : CAF MSA Autres

Joindre une copie de l'attestation

Tuteur légal 1	Tuteur légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
N° téléphone domicile :	N° téléphone domicile :
N° téléphone portable :	N° téléphone portable :
N° téléphone travail :	N° téléphone travail :
Adresse mail :	Adresse mail :

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

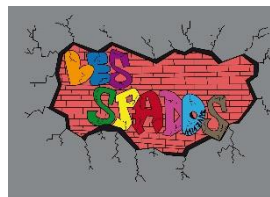
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
N° téléphone :	N° téléphone :

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
N° téléphone :	N° téléphone :

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 :



LES ATELIERS
PAR ENTS
FANTS