

ANNEE 20 ____

DOSSIER INSCRIPTION

ENFANTS INSCRITS A L'ACCUEIL DE LOISIRS

NOMS— PRENOMSAGES

Les enfants bénéficient ils d'une couverture par une assurance individuelle en cas d'accident ?

OUI NON

Si OUI, laquelle ?

INFORMATION FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL

Nom—Prénom

N°/Rue/voie

Code Postal

Ville

Tel domicile _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Mobile 0 6 _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

E-mail _____@_____

N° Séc Sociale

Caisse d'allocations

CAF MSA Autre _____

N° Allocataire : _____

Quotient Familial: _____

Situation de famille

concubinage marié

divorcé (1)

(1) Restriction

Situation Professionnelle

Employeur

N° Téléphone _____/_____/_____/_____/_____/_____

Médecin traitant des enfants :

Nom : _____

N° de Téléphone : ____/____/____/____/____/____/____

Ville : _____

CONJOINT

Nom—Prénom

N°/Rue/voie*

Code Postal*

Ville*

Tel domicile* _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Mobile 0 6 _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

E-mail _____@_____

N° Séc Sociale

Caisse d'allocations

CAF MSA Autre _____

N° Allocataire* : _____

Quotient Familial* : _____

Situation de famille *

concubinage marié

divorcé (1)

(1) Restriction

Situation Professionnelle

Employeur

N° Téléphone _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Médecin traitant des enfants* :

Nom : _____

N° de Téléphone : ____/____/____/____/____/____/____

Ville : _____

* à remplir si différent du responsable légal du ou des enfants

INFORMATION ENFANT 1

Nom Prénom
Date de naissance Age

L'enfant est-il scolarisé ? OUI NON

Si oui, dans quel établissement / école ?

Dans Quelle classe ?

▪ L'enfant sait-il nager : Oui Non

Niveau : Débutant Moyen Confirmé

▪ L'enfant a-t-il une alimentation particulière :

Sans Porc Sans viande

PHOTO
DE
L'ENFANT

Allergie, Contre indication médicale

OBSERVATIONS DIVERSES CONCERNANT L'ENFANT**INFORMATION ENFANT 2**

Nom Prénom
Date de naissance Age

L'enfant est-il scolarisé ? OUI NON

Si oui, dans quel établissement / école ?

Dans Quelle classe ?

▪ L'enfant sait-il nager : Oui Non

Niveau : Débutant Moyen Confirmé

▪ L'enfant a-t-il une alimentation particulière :

Sans Porc Sans viande

PHOTO
DE
L'ENFANT

Allergie, Contre indication médicale

OBSERVATIONS DIVERSES CONCERNANT L'ENFANT

INFORMATION ENFANT 3

Nom Prénom
 Date de naissance Age

L'enfant est-il scolarisé ? OUI NON

Si oui, dans quel établissement / école ?

Dans Quelle classe ?

▪ L'enfant sait-il nager : Oui Non

Niveau : Débutant Moyen Confirmé

▪ L'enfant a-t-il une alimentation particulière :

Sans Porc Sans viande

PHOTO
DE
L'ENFANT

Allergie, Contre indication médicale

OBSERVATIONS DIVERSES CONCERNANT L'ENFANT**INFORMATION ENFANT 4**

Nom Prénom
 Date de naissance Age

L'enfant est-il scolarisé ? OUI NON

Si oui, dans quel établissement / école ?

Dans Quelle classe ?

▪ L'enfant sait-il nager : Oui Non

Niveau : Débutant Moyen Confirmé

▪ L'enfant a-t-il une alimentation particulière :

Sans Porc Sans viande

PHOTO
DE
L'ENFANT

Allergie, Contre indication médicale

OBSERVATIONS DIVERSES CONCERNANT L'ENFANT

Nom et prénoms des tiers autorisés à récupérer l'enfant durant le séjour :

Noms	Prénoms	Tel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorisation

Je soussigné(e) _____ responsable légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Directeur du séjour à donner tous les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires, et m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux consécutifs.

J'autorise mon/mes enfant(s) à participer à toutes les activités culturelles et sportives (vélo, canoë-kayak, tir à l'arc...) ainsi qu'aux diverses sorties proposées par la structure.

J'autorise mon/mes enfant(s) à utiliser les moyens de transport en commun mis en place par la structure pour se rendre sur les différents lieux d'activités.

Je m'engage à reprendre mon/mes enfant(s) si son comportement est incompatible avec le règlement applicable en collectivité, ou si son état nécessite son retour.

J'autorise l'IFAC à réaliser des prises de vue photographiques sur lesquelles figure le(s) mineur(s) désigné dans ce document.

J'autorise l'IFAC à utiliser librement ces photographies, sans demander ni rémunération, ni droit d'utilisation pour les opérations de communication de l'association quel que soit le support utilisé (document de présentation, brochure, site internet...) Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet de diffusion ou d'utilisation commerciale.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image et/ou à la réputation de la personne mineure.

La présente autorisation est accordée pour une durée illimitée.

Je reconnais également avoir été informé du fait que l'IFAC ne conservera mes données personnelles ainsi que celles du sujet que pour la durée nécessaire à l'exploitation des photos.

Je certifie que mon/mes enfant(s) a/ont subi les vaccinations nécessaires.

Fait à _____ **le** _____ **Signature :** _____

Pièces à fournir au dossier

Fiche(s) sanitaire(s) 1 par enfant inscrit

Justificatif de domicile

Photocopie carte de mutuelle

Attestation de carte vitale

Attestation d'assurance individuelle (le cas échéant)

Attestation Aide (CAF, MSA, DDVS...)

<input type="checkbox"/>

Photocopie des vaccins

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT ACCEPTES

En cas de traitement médical pour un ou plusieurs des enfants inscrits à l'accueil de loisirs, merci de 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 pourra être pris sans ordonnance