

DOSSIER D'INSCRIPTION ET
FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ACCUEIL DE LOISIRS

Enfant à inscrire

NOM et Prénom : Age.....

Date de naissance : / / Garçon Fille

LE RESPONSABLE LEGAL (père-mère-tuteur-autre à préciser)

Nom(s) : Prénom(s)

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone domicile : / / / / Téléphone portable : / / / /

Téléphone portable : / / / / Téléphone travail : / / / /

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) union libre séparé(e) divorcé(e) veuf (ve)

Numéro de sécurité sociale :

Mutuelle : Numéro de contrat

Adresse pour la facturation si différente de la précédente :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Autorisations

Transport : J'autorise/ je n'autorise pas Guingamp Paimpol Agglomération pôle de Pontrieux à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités :

Par des moyens de transports collectifs (car, mini bus de location, véhicule de Guingamp Paimpol Agglomération Pôle de Pontrieux...).

ACTIVITES : J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées par Guingamp Paimpol Agglomération Pôle de Pontrieux.

DROIT A L'IMAGE : J'autorise / je n'autorise pas* la prise de photos et de vidéos par Guingamp Paimpol Agglomération Pôle de Pontrieux, Lors des activités organisées par elle à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication : site internet, Bulletin communautaire et municipal, plaquettes, journaux....

AUTORISATION A QUITTER LE CENTRE DE LOISIRS AVEC :

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :

J'autorise / je n'autorise pas* mon enfant, s'il est âgé de plus de 6 ans, à quitter seul le centre de loisirs.

- *Rayer la mention inutile*

Absences :

Toute absence justifiée ou non devra être signalée au directeur de la structure la veille au soir (Possibilité de laisser un message sur répondeur 06.31.09.63.47) ou au plus tard le matin.

Il sera accordé un remboursement uniquement sur présentation d'un certificat médical au nom de l'enfant.

ALLOCATAIRES :

En vue de déterminer la tranche de tarifs qui vous sera applicable, *il est indispensable de fournir une attestation avec votre quotient familial. L'attestation sera à fournir lors du renouvellement des dossiers d'inscription début juillet et restera valable jusqu'à fin juin de l'année suivante.*

J'ai bien noté qu'en cas de refus le tarif maximum me sera appliqué.

NON ALLOCATAIRES :

Fournir l'avis d'imposition sur les revenus de l'année précédente, pour déterminer la tranche de tarification. En cas de non communication le tarif maximum sera appliqué.

UTILISATION DU COURRIEL :

J'autorise / Je n'autorise pas* Guingamp Paimpol Agglomération Pôle de Pontrieux à me communiquer des informations concernant les activités enfance par courriel à cette adresse mail :

Courriel :@.....

Déclaration

Je soussigné, Responsable de l'enfant

- Déclare exactes les informations portées sur le présent dossier d'inscription.
- Déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et à le respecter.

Date :

Signature précédée de la mention manuscrite

« Lu et approuvé »

(Vous pouvez joindre une photocopie des pages « vaccins » du carnet de santé)
Fiche Sanitaire de Liaison

Vaccin obligatoire : DT POLIO : oui non Date du dernier rappel

Vaccins recommandés

BCG : OUI NON
ROR : OUI NON
HEPATITE B OUI NON
MENINGITE OUI NON
AUTRE (préciser)

Pour être accueilli au centre de loisirs, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal.

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Asthme médicamenteuse alimentaire autre (maquillage...)

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre un certificat médical d'un allergologue).

Indiquer ci-après les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

URGENCE : j'autorise / Je n'autorise pas* les responsables à administrer à l'enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale et à le transporter dans un véhicule de secours au centre hospitalier le plus proche.

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc.

Médecin traitant

Nom :Prénom :Téléphone.....