



Dossier d'inscription

Enfant

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Age : _____ Ecole : _____
Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>

Responsables légaux (père, mère, tuteur)

Parent 1 : père, mère, tuteur	Parent 2 : père, mère, tuteur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Profession :	Profession :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Portable :	Portable :
Adresse mail :	Adresse mail :
Situation Familiale:	Situation Familiale:

Allocation

CAF – MSA (*Barrer les mentions inutiles*) de : N° allocataire :

Quotient familial :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant après l'activité (Hors Responsable)

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

Les personnes non-inscrites sur ce tableau ne pourront pas récupérer l'enfant au centre de loisirs sauf décharge signée par les représentants légaux.

Recommandations/informations utiles

Allergies, médicaments, lunettes...



Association Centre aéré SARRAS-OZON
18 avenue des Cévènes-07370 SARRAS
centreaeresarrasozon@free.fr

Autorisation parentale

Je soussigné en qualité de autorise le personnel encadrant de l'association Centre Aéré Sarras Ozon dans le cadre du centre de loisirs :

- A prendre toute mesure qui s'imposerait en cas d'urgence pour mon enfant
- A photographier ou filmer mon enfant et à utiliser l'image dans le cadre de l'activité de l'accueil de loisirs, pour affichage et archivage, pour la presse locale et pour internet.
- De transporter mon enfant en fonction de l'activité (*En Mini-bus ou avec une compagnie de transport*)
- A laisser partir mon enfant avec les personnes autorisées que je viens de noter
- A laisser mon enfant partir seul de l'activité à 17h00 OUI NON

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du centre et l'accepte dans son intégralité.

J'ai noté qu'aucun médicament (y compris Spafon, Paracetamol, Aspirine, Ibuprofene...) ne sera donné à mon enfant s'il n'est pas en possession de l'**ordonnance en cours de validité** fournie par son médecin

J'ai pris note que l'association et le personnel du centre de loisirs se dégagent de toutes responsabilités liées à la non connaissance de faits non signalés sur les fiches du dossier d'inscription

Le :

A :

Signature des représentants légaux suivis de la mention « **Lu et approuvé** » :

Documents à fournir :

- Fiche d'inscription
- Fiche sanitaire
- Photocopie des vaccins à jours
- Attestation d'assurance en responsabilité civile de l'enfant
- Document CAF



Fiche Sanitaire

Enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Age : _____

Fille Garçon Médecin traitant : _____ Tel _____

Renseignements Médicaux*

Maladie Votre enfant à t-il déjà eu :			Allergie		
Angine	OUI	NON	Alimentaires	OUI	NON
Rhumatisme articulaire	OUI	NON	Médicamenteuses	OUI	NON
Rubéole	OUI	NON	Asthme	OUI	NON
Otite	OUI	NON	Autre	OUI	NON
Oreillons	OUI	NON	Précision de l'allergie et de la conduite à tenir		
Varicelle	OUI	NON			
Scarlatine	OUI	NON			
Coqueluche	OUI	NON			
Rougeole	OUI	NON			

Régime alimentaire

Sans Viande	OUI	NON	Sans Porc	OUI	NON
Autre					

Recommandations/informations utiles

Lentilles, lunette, appareil dentaire,...

*** MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE TOUS LES VACCINS DE L'ENFANT (Pensez à y mettre son nom et prénom dessus)**

Je soussigné en qualité de déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du centre, l'accepte dans son intégralité et autorise le personnel encadrant de l'association Centre Aéré Sarras Ozon dans le cadre du centre de loisirs à prendre toute mesure qui s'imposerait en cas d'urgence pour mon enfant.

Le :

A :

Signature des représentants légaux suivis de la mention « **Lu et approuvé** » :