

FICHE INSCRIPTION FAMILLE

Activités choisies / Adhésion Obligatoire

- ACCUEIL JEUNES 14-17 ans ACCUEIL DE LOISIRS 3-13 ans CRECHE LE PETIT PANDA
- Activités Sportives Sorties Familles Autres

COORDONNEES & INFORMATIONS PERSONNELLES

Adulte 1

Civilité :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Profession :
Adresse:.....
.....
Téléphone :
Mail :

Parenté :
(pour toute inscription concernant un mineur)

Catégorie Socio Professionnelle :
.....

Quartier d'habitation.....
Communauté du Pays d'Aix : Oui / Non

Adulte 2

Civilité :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Profession :
Adresse:.....
.....
Téléphone :
Mail :

Parenté :
(pour toute inscription concernant un mineur)

Catégorie Socio Professionnelle :
.....

Quartier d'habitation.....
Communauté du Pays d'Aix : Oui / Non

Numéro Allocataire CAF :
Quotient Familial :
Date d'effet du Quotient familial :
Nombre d'enfants total :
Nombre d'enfants à charge.....

Situation familiale :

- Célibataire
 Tuteur
 Concubinage
 Pacsés
 Mariés
 Divorcés

Responsable de l'enfant : Père Mère

Les tarifs des adhésions à l'Association

Adhésion bénéficiaires RSA, Plus de 60ans
et 14/17 ans
9€/an

Adhésion pour toute la famille
18€/an

L'adhésion est valable pour une année scolaire
de septembre à août ou de juillet à juin.

Informations de l'enfant

Nom : Prénom : Genre : F M
Date de naissance : Lieu de naissance :
Ecole : Classe :
PAI : OUI / NON
Allergies :
Régimes alimentaires précisez : sans viande sans porc

AUTRES RENSEIGNEMENTS

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde, est-il autorisé à récupérer l'enfant
(joindre le jugement de garde) : Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom et prénom : N° de téléphone :
Doivent-ils être prévenus en cas d'urgence ? Oui Non

Nom et Prénom : N° de téléphone :
Doivent-ils être prévenus en cas d'urgence ? Oui Non

Je certifie exacts tous les renseignements portés sur ce document et avoir pris connaissance
des règlements intérieurs.

Fait à , le Signature obligatoire :

Les tarifs des adhésions à l'Association

**Adhésion bénéficiaires RSA, Plus de 60ans
et 14/17 ans
9€/an**

**Adhésion pour toute la famille
18€/an**

L'adhésion est valable pour une année scolaire
de septembre à août ou de juillet à juin.

LES AUTORISATIONS

Nous soussignés :

Mme et Mr

Adresse :

Parent de l'enfant :

Déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à respecter les termes

DETAILS DES AUTORISATIONS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autorisons | Le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe. |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | Le personnel à prendre mon enfant en photo/vidéo. Mon enfant à être filmer / photographier et la diffusion sur notre site internet et nos réseaux sociaux. |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | La direction à son consulter notre dossier allocataire CDAP (CAF) afin d'accéder directeent aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | L'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie). |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre de sortie en groupe. |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | Le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation d'une ordonnance. |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | |
| <input type="checkbox"/> Autorisons | Le personnel d'encadrement à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelle |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | |

Fait à le Signatures

Liste des documents à fournir

Pour le centre de loisirs / secteur de jeunes :

- Fiche famille
- Fiche informations de l'enfant
- Fiche d'autorisations
- Fiche sanitaire
- Règlement intérieur signé
- Photocopie carte d'identité (enfant / parent)
- Photocopie des vaccins
- Photocopie attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation CAF ou dernier avis d'imposition

Pour les activités sportives :

- Fiche famille
- Fiche informations de l'enfant
- Photocopie attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation CAF ou dernier avis d'imposition



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyéélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, 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

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
ALLERGIES :		ASTHME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MÉDICAMENTEUSES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
		ALIMENTAIRES	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRES	_____				

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
 L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Le soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES