



03 21 45 13 63

# FICHE D'INSCRIPTION 2019-2020

## Accueil de loisirs

Valable du 01/07/19 au 01/07/2020 (renouvelable chaque année)



### L'ENFANT :

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Age : [ ][ ]  Fille  Garçon  
Domicilié(e) : .....

### PARENT N°1

Autorité parentale  oui  non

Nom : ..... Prénom : .....  
Email : ..... @ ..... Profession : .....  
☎ : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et/ou ☎ : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Nom de l'employeur : ..... ☎ : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### PARENT N°2

Autorité parentale  oui  non

Nom : ..... Prénom : .....  
Email : ..... @ ..... Profession : .....  
☎ : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et/ou ☎ : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Nom de l'employeur : ..... ☎ : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### SITUATION FAMILIALE :

Célibataire  Divorce\*  Mariage  Séparation  Veuvage  Vie maritale  
N° d'allocataire : .....

### CONTACT N°1 (nom/prénom) : .....

Lien avec l'enfant : ..... ☎ : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Le contact est autorisé à : Venir chercher l'enfant  oui  non  
Être prévenu en cas d'urgence  oui  non

### CONTACT N°2 (nom/prénom) : .....

Lien avec l'enfant : ..... ☎ : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Le contact est autorisé à : Venir chercher l'enfant  oui  non  
Être prévenu en cas d'urgence  oui  non

### ALLERGIES

•Asthme  oui  non • Médicamenteuse  oui  non •Alimentaire  oui  non  
Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : .....

### ALIMENTATION

Repas spécifique : .....

### INDIQUEZ CI-APRES

Les difficultés de santé (Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....  
.....

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses, ...)

.....  
.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, etc., ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature du responsable légal :

\* Il est impératif de fournir une copie de la lettre de jugement, déterminant le responsable légal de l'enfant. En l'absence de ce document, la ville de Souchez décline toute responsabilité.



☎ 03 21 45 13 63

# FICHE D'INSCRIPTION 2019-2020

## Accueil de loisirs

Valable du 01/07/19 au 01/07/2020 (renouvelable chaque année)



### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- |                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Rubéole                                                   | Varicelle                                                 | Angines                                                   | Oreillons                                                 | Otites                                                    |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche                                                | Scarlatines                                               | Asthme                                                    | Rougeole                                                  |                                                           |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                           |
| L'enfant suit-il un traitement médical ?                  |                                                           | Oui <input type="checkbox"/>                              | Non <input type="checkbox"/>                              |                                                           |

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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

### INFORMATIONS DIVERSES

- L'enfant mouille-t-il son lit ?                      oui  non  occasionnellement
- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?            oui  non

Nom du médecin traitant : ..... ☎ :

Adresse : .....

Lieu d'hospitalisation : .....

### **Certificat médical** : (à faire remplir par le médecin traitant)

Je soussigné(e), certifie que l'enfant.....ne présente à ce jour aucun signe de maladie contagieuse. De plus, cet enfant est apte à pratiquer toutes activités physiques et sportives et que ses vaccinations sont à jour.

Le:

Signature et cachet du médecin

### AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités physiques mises en place dans le cadre de l'accueil de loisirs.
- Je certifie que celui-ci est bien apte à la pratique des activités physiques et sportives proposées.
- J'autorise le responsable à laisser partir mon enfant seul de l'accueil de loisirs.
- Je n'autorise pas le responsable à laisser partir mon enfant seul de l'accueil de loisirs.

### PIECES A FOURNIR

- Copie du carnet de vaccinations.
- Copie de la police d'assurance (responsabilité civile).

### DROIT A L'IMAGE

- Donne mon autorisation pour que mon enfant, dans le cadre des activités réalisées figure dans les reportages réalisés par les médias. Ces images sont susceptibles d'être utilisées dans les médias locaux. Je donne mon accord pour toutes les utilisations qui seront faites de ce reportage dans le cadre précisé ci-dessus, y compris pour l'utilisation sur un support de communication de la ville de Souchez. Je garantis la Ville de Souchez et ses partenaires contre tout recours qui pourrait être formulé à titre quelconque par moi-même ou mes ayants droits.
- Ne donne pas mon autorisation pour que mon enfant figure dans les médias repris ci-dessus.

### REGLEMENT INTERIEUR

- Certifie avoir pris connaissance et accepte le règlement de l'Accueil de Loisirs de la ville de Souchez
- Date :  Signature

\* Il est impératif de fournir une copie de la lettre de jugement, déterminant le responsable légal de l'enfant. En l'absence de ce document, la ville de Souchez décline toute responsabilité.