

## FICHE D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS

### Renseignement sur votre enfant

Nom : .....

Prénom : ..... F  M

Date de naissance : .....

### **Partie remplie par le Centre Social**

Votre Quotient familial : .....

Votre aide journalière : .....€

Aide VACAF : .....%

N° allocataire : .....

### Son école

En quelle classe est votre enfant : .....

Nom de l'instituteur(trice) : .....

Dans quelle école :  Mairie

Champ Bouvier

Autre

### Ses activités extérieures du mercredi

Désirez-vous que l'accompagnement soit fait par le centre social :

OUI  NON

Précisez l'heure : .....

Le lieu : .....

Précisez le nom de la personne prenant en charge votre enfant : .....

### Droit à l'image

J'autorise le Centre Social Mosaïques à utiliser, dans le cadre de ses documents de communication et de son site internet, toute image photographique ou vidéo sur laquelle pourrait figurer mon enfant.  OUI  NON

### Les parents

Situation familiale :  Marié  Divorcé  Autre.....

Père/Mère : .....

Adresse : ..... Téléphone Perso: ..... Téléphone pro.....

Email : .....

Mère/Père : .....

Adresse : ..... Téléphone Perso: ..... Téléphone pro.....

Email : .....

### Personnes autorisées à venir récupérer votre enfant ou à contacter en cas d'urgence

Nom : ..... N° de tél : ..... Qualité : .....

Nom : ..... N° de tél : ..... Qualité : .....

Nom : ..... N° de tél : ..... Qualité : .....

Nom : ..... N° de tél : ..... Qualité : .....

***FICHE SANITAIRE - ENFANT***

---

Vaccin	Date du dernier rappel
DT-Coq-Polio	

Régime général  MSA  Autres

**Problèmes de santé et recommandations**

.....  
 .....  
 .....

**Régime Alimentaire**     Sans Viande

**Allergies**    Asthme                     OUI  NON

Médicamenteuse     OUI  NON

si oui précisez : .....

Alimentaire     OUI     NON

si oui précisez : .....

Autres                     OUI     NON

si oui précisez : .....

**Merci de fournir le PAI lors de procédure médicale**

Je soussigné, M. / Mme .....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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant** et m'engage à rembourser à l'Association le montant des frais médicaux. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement.

Fait à Jassans-Riottier,

Le.....

Signature :