

**FICHE
D'INSCRIPTION**
ACTIVITES – SEJOURS
ACCUEIL DE LOISIRS
2024-2025



L'ENFANT

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

1 – RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE
①		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	
②		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	
ADRESSE POSTALE DE FACTURATION ①			
ADRESSE POSTALE ② (si différente)			
ADRESSE MAIL DE FACTURATION ①			
ADRESSE MAIL ② (si différente)			

N°ALLOCATAIRE : CAF MSA : QF : (fournir attestation)

La souscription d'une assurance couvrant les dommages corporels lors des activités extra-scolaires est **vivement recommandée**.
En cas de changement de situation (coordonnées, Quotient Familial...), merci d'en informer l'AAB.

2 – VACCINATIONS

L'inscription aux séjours ou à l'accueil de loisirs n'est possible que pour les enfants ayant satisfait aux vaccinations obligatoires et à jour de leurs rappels (sauf contre-indication médicale).

Joindre **impérativement** les photocopies du carnet de santé, une attestation médicale de vaccins à jour ou un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

3 – DROIT A L'IMAGE

J'autorise sans limitation d'itération et pour une durée maximale de 15 ans (si vous souhaitez la suspension de cette autorisation, il suffira de nous en informer) l'Association d'Animation du Beaufortain à prendre et exploiter des photographies ou vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) représentant mon enfant dans le cadre des actions enfance-jeunesse de l'association, pour tout usage de communication et d'information relatif à ses activités sur les supports suivants :

- supports papiers à diffusion locale (édition, exposition, plaquettes d'information)
- supports en ligne (site internet de l'association, réseaux sociaux de l'AAB)
- dans les articles de presse (Journal Ensemble, Presse Quotidienne Locale et Régionale)

⚠ **Toute diffusion des photos par les parents hors du cadre familial est interdite (réseaux sociaux compris).**

Oui Non

4 – REGLEMENT INTERIEUR ET FACTURATION

- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs 3-17 ans, disponible à l'AAB et sur son site internet.
 J'accepte de recevoir mes factures par courriel.
 J'ai compris que l'inscription de mon enfant n'est effective qu'après acquittement de l'adhésion à l'association.

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise l'équipe d'animation à laisser **partir seul mon enfant à partir de 17h à la fin du temps d'accueil** :
 Oui Non

Indiquer les coordonnées des personnes autorisées à récupérer votre enfant (frères, sœurs, grands-parents, voisins...) :

Nom..... Prénom..... Téléphone :
 Nom..... Prénom..... Téléphone :
 Nom..... Prénom..... Téléphone :
 Nom..... Prénom..... Téléphone :

Date : _____ **SIGNATURE :** _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024-2025

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Né(e) le :/...../.....

5 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou durant le séjour ? Oui non

Si oui lequel : (joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants).

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	OUI	NON
VARICELLE	OUI	NON
SCARLATINE	OUI	NON
COQUELUCHE	OUI	NON
OTITE	OUI	NON
ROUGEOLE	OUI	NON
OREILLONS	OUI	NON

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non

AUTRES oui non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

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

Un P.A.I. peut être réalisé à la demande la famille. Information directement auprès de l'AAB.

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, ASTHME, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**

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

6 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire...)

.....
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
(Joindre la photocopie de l'assurance extrascolaire).

J'autorise l'AAB à communiquer mes coordonnées aux familles, dont les enfants sont présents les mêmes jours que le(s) mien(s), afin d'organiser des trajets en covoiturage.

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

SIGNATURE :