

**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 :**