

Nom de l'enfant :
 Prénom de l'enfant :
 Sexe : Féminin / Masculin (1)
 Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance :
 Coordonnées du médecin traitant :
 Lieu d'hospitalisation en cas de besoin :
 Régime : N°allocataire :
 Quotient familial : (Renseignement indispensable sinon le tarif maximum sera appliqué)

A joindre impérativement à cette inscription pour qu'elle soit valable :

- Attestation d'assurance extrascolaire de votre enfant (à redonner chaque année)
- Photocopie des vaccins à jour du carnet de santé

Nom du responsable : Situation familiale :
 Prénom du responsable :
 Email :
 Adresse :
 Tél. domicile : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Tel. Professionnel : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Tel. Portable : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Centre de sécurité social : N° de sécurité social :
 Profession : Employeur :
 Sous tutelle financière : OUI / NON (1) Organisme de tutelle :

PERE : Nom : Prénom :
 Email :
 Adresse :
 Tél. domicile : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Tel. Professionnel : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Tel. Portable : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Centre de sécurité social : N° de sécurité social :
 Profession : Employeur :

MERE : Nom : Prénom :
 Email :
 Adresse :
 Tél. domicile : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Tel. Professionnel : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Tel. Portable : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
 Centre de sécurité social : N° de sécurité social :
 Profession : Employeur :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.
 Fait à, le : __ / __ / __ Signature :
 (1) Rayer la mention inutile

AUTORISATION DE SORTIE (facultative)

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant..... à quitter seul l'accueil de loisirs, en fin d'activité, pour se rendre à son domicile, ou, pour le ramassage, à quitter seul le bus pour se rendre à son domicile.

Signature :

FICHE SANITAIRE

NOM et PRENOM de l'enfant :

VACCINATION

Joindre la photocopie des vaccins à jour.

ATTENTION : Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, il sera refusé sur le site.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui joindre la photocopie de l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) pour qu'on puisse lui donner son traitement médical.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ASTHME : OUI / NON (1)

ALLERGIES : OUI / NON (1)

Si OUI laquelle ?

Tenez nous au courant de la conduite à tenir (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.....

.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Email :

Adresse :

.....

Tél. domicile : __ - __ - __ - __ - __ - __

Tel. Professionnel : __ - __ - __ - __ - __ - __

Tel. Portable : __ - __ - __ - __ - __ - __

Je soussigné(e),..... 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.

Date :

Signature :

✂-----

COORDONNEES DE LA STRUCTURE

ACCUEIL DE LOISIRS DE LA CCMT « LA SOURCE »

CHATEAU DE LANDREY

63250 ARCONSAT

Tél. : 04 73 94 29 14 ou 07 86 29 34 76 Fax : 04 73 94 19 67

Email : accueildeloisirs@ccmt.fr

Autorisation de publication de l'image de mon enfant

Lors de différentes manifestations ou activités durant les mercredis et les vacances, l'Accueil de Loisirs de la CCMT (Communauté de communes de la Montagne Thiernoise) peut être amené à prendre des photos ou des vidéos de votre ou vos enfants.

Ces films et /ou photos seront peut être mis en ligne sur le blog de l'Accueil de Loisirs et /ou sur le site Internet de la CCMT.

Nous vous remercions de nous confirmer votre approbation sur l'utilisation de ces images dans les conditions précisées ci-dessus, en nous retournant le coupon ci-joint, daté, signé et portant la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

En cas de refus de votre part, nous rendrons impossible la publication de ces images.

Coupon à rapporter à l'Accueil de Loisirs

Autorisation de publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e)agissant en tant que représentant légal de l'enfant.....

Autorise

La prise de photographie (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs ou lors de séjour de l'ALSH de la CCMT « La Source »

La diffusion et la publication de photographies le représentant sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités et notamment la presse écrite et le site internet.

N'autorise pas la publication de l'image de mon enfant

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique).

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques et vidéos qui vous concerne est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie ou vidéo si vous le jugez utile.

Date :.....

Lieu :.....

Mention « Lu et approuvé »

Signature :