

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'inscription ne sera effective qu'à réception du dossier complet.

Pièces à fournir :

- Chèque de cotisation annuelle de 10€ à l'ordre du Trésor public
- Photocopie des vaccins
- Attestation d'assurance en responsabilité civile
- Règlement intérieur signé
- Annexe sur la protection des données personnelles et sur le droit à l'image signée
- Test anti-panique ou brevet de natation
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives
- Photocopie du dernier avis d'imposition (*tarif différencié pour les séjours d'été*)

NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Fille Garçon

Ecole fréquentée :

Classe :

Portable :

Père

Nom / Prénom :

Mère

Nom / Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code postal Ville :

Code postal Ville :

Téléphone :

Téléphone :

Domicile :

Domicile :

Portable :

Portable :

Travail :

Travail :

Adresse mail :

Adresse mail :

Autorité parentale oui non

Autorité parentale oui non

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone
-----	--------	-----------------	-----------

.....
.....

Autorisation de sortie du mineur

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin des activités :

Oui Non

Caisse d'allocations familiales

CAF du Finistère MSA

Nom de l'allocataire : N° d'allocataire :

Responsabilité civile

Compagnie et N° de contrat « responsabilité civile » :

Date de validité :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin traitant

Nom / Prénom : Adresse :

Téléphone :

Vaccinations (*fournir une copie des pages de vaccinations*)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
DT POLIO				HEPATITE B	
				RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
				COQUELUCHE	

Si l'enfant n'a pas réalisé ses vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Joindre une ordonnance ainsi que les médicaments et la notice dans la boîte d'origine. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? Oui Non Alimentaires Médicamenteuses

Préciser la cause et la conduite à tenir (si automédication, le signaler et fournir une ordonnance)

.....

L'enfant a-t-il des difficultés de santé ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Oui Non

Si oui, indiquer les dates et précautions à prendre.

.....

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Atteste avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur de la structure, y compris le fait d'être à jour dans le paiement des prestations.

Atteste avoir été informé, via ce règlement, de l'article L227-5 du Code de l'action sociale et des familles qui précise l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes qui couvre les dommages corporels auxquels le(s) mineurs désigné(s) dans ce dossier, est/sont exposé(s) lors des activités auxquelles il(s) participe(nt).

Autorise l'organisateur à prendre des photos et/ou des vidéos de mon enfant pendant les activités à des fins de promotion et de communication.

Autorise mon enfant à participer à toutes les sorties et activités organisées par la structure.

Si non, lesquelles :

.....

Autorise mon enfant à être passager dans les véhicules utilisés pour se rendre sur les activités nécessitant un moyen de transport.

Autorise l'organisateur et l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur et m'engage à rembourser à la structure, les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Fait le : à :

Nom / Prénom :

Signature du responsable légal :