



Année scolaire : 2024-2025 - Classe de :

Enfance et Loisirs pour Tous

4 route de Réveillon Prunoy - 89120 _ Charny-Orée-de-Puisaye

03.86.91.82.88 _ enfance.loisirs@wanadoo.fr

- ACCUEIL PERISCOLAIRE
- ACCUEIL EXTRA SCOLAIRE
- PRELEVEMENT
- CHEQUE DE CAUTION 50€
- 2 PHOTOS D'IDENTITE

FICHE D'INSCRIPTION

Valable du 02 septembre 2024 au 31 août 2025 (Applicable/Mise à jour : 07/2023)

CONFORMEMENT AU REGLEMENT INTERIEUR, TOUT DOSSIER D'INSCRIPTION DOIT ETRE ACCOMPAGNE D'UN CHEQUE DE CAUTION DE 50€

IL EST INDISPENSABLE DE RENSEIGNER LA TOTALITE DES CHAMPS DEMANDES, MERCI DE VOTRE COMPREHENSION

1. ENFANT

Je soussigné(e) :

demande l'inscription de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

demeurant :---

Sexe : Fille Garçon

Enfant détenteur d'un P.A.I

Médecin traitant :

2. LES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable :	Mère :	Père :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Situation familiale :	Situation familiale :	Situation familiale :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Email :	Email :	Email :
Tel. domicile :	Tel. domicile :	Tel. domicile :
Tel. professionnel :	Tel. professionnel :	Tel. professionnel :
Tel. portable :	Tel. portable :	Tel. portable :
Profession :	Profession :	Profession :
CAF ou MSA :		
N° CAF ou MSA :		
Quotient :		
	Famille d'accueil : Nom : Prénom : Adresse : Email : Tel. portable :	

3. LES DÉLÉGATIONS

Personnes habilitées à récupérer l'enfant :	Personnes à prévenir en cas d'accident :
Nom / Prénom :	Nom / Prénom :
Nom / Prénom :	Nom / Prénom :
Nom / Prénom :	Nom / Prénom :

4. LES AUTORISATIONS

Règlement : <input type="checkbox"/> La famille s'engage à suivre le règlement intérieur instauré par l'association, en acceptant les modalités et à les respecter.	Quotient familial : <input type="checkbox"/> J'autorise l'association à consulter mon quotient via CAFPRO à partir du numéro allocataire renseigné	Déplacements : <input type="checkbox"/> Est autorisé à prendre tout moyen de locomotion (car, mini-bus) <input type="checkbox"/> N'est pas autorisé pour les déplacements
Droit à l'image : <input type="checkbox"/> Est autorisé à être photographié et/ou filmé par les animateurs dans le cadre des activités <input type="checkbox"/> Diffusion internet (site, Facebook) <input type="checkbox"/> Publications (Rapports d'activités) <input type="checkbox"/> N'est pas autorisé à être filmé, photographié <input type="checkbox"/> Demande de visage flouté	Droit à la voix : <input type="checkbox"/> Est autorisé à être enregistré (dans le cadre de projets webradio) <input type="checkbox"/> N'est pas autorisé à être enregistré Mon enfant rentre seul : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Activités : <input type="checkbox"/> Est autorisé à pratiquer des activités de loisirs telles que la baignade, la patinoire, les sorties vélos. Mon enfant sait nager : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

L'Association Enfance et Loisirs, affilié à la MAE, atteste être couverte par une assurance responsabilité civile, générale, défense et recours.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

5. LES VACCINATIONS

Vaccins obligatoires pour tous				Vaccins recommandés pour les enfants avant le 1 ^{er} janvier 2018 mais devenus obligatoires pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018.							
	Oui	Non	Date dernier rappel		Oui	Non	Date dernier rappel		Oui	Non	Date dernier rappel
DT Polio			Coqueluche			Autres : précisez			
				Hépatite B			Autre : précisez			
				R.O.R			Autre : précisez			

Joindre obligatoirement une copie des vaccins du carnet de santé avec le nom de l'enfant inscrit en haut de la page.

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

6. LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant suit-il un traitement médical OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants **emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES ET DIFFICULTÉS DE SANTÉ

- Asthme Alimentaire Médicamenteuse
- Autre :

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler) , joindre un certificat médical si nécessaire.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? OUI NON

TYPES DE REPAS

- Standard Végétarien Sans porc Autre

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, d'appareil dentaire ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, besoin éducatifs particuliers ...

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à donner :

- Du doliprane en cas de fièvre De l'Arnica en cas de contusions De l'hémoclar en cas de contusions

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le/la responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'Urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature obligatoire :