

FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs Sans Hébergement de Saint Mihiel Année 2021

ENFANT

Groupe sanguin : _____

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le : / / CAF : n° _____

PARTICIPE à l'accueil de Loisirs de Saint Mihiel :

<input type="radio"/> Hiver :	du _____/_____/_____	au _____/_____/_____	Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="radio"/> Printemps :	du _____/_____/_____	au _____/_____/_____	Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="radio"/> Eté	du _____/_____/_____	au _____/_____/_____	Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	du _____/_____/_____	au _____/_____/_____	Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	du _____/_____/_____	au _____/_____/_____	Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	du _____/_____/_____	au _____/_____/_____	Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="radio"/> Automne	du _____/_____/_____	au _____/_____/_____	Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Vie Maritale Autre

PERE

Tél domicile : _____

NOM, Prénom : _____

Tél Portable : _____ Tél Travail : _____

Adresse : _____

Email : _____ @ _____

MERE

Tél domicile : _____

NOM, Prénom : _____

Tél Portable : _____ Tél Travail : _____

Adresse : _____

Email : _____ @ _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

MERE PERE Autre (précisez) : _____ (_____) lien : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

Allergies alimentaires, médicamenteuses ou régimes spécifiques : _____

VACCINS :

DT POLIO : / /	R.O.R. : / /	B.C.G. : / /
TETRACOQ : / /	COQUELUCHE : / /	Autres : _____ / /
MENINGITE : / /	AUTRES : _____ / /	Autres : _____ / /

Votre enfant a-t-il eu des maladies infantiles, lesquelles ? _____

Votre enfant suit-il un traitement, si oui lequel ? (si votre enfant doit prendre ce traitement durant le temps de l'ALSH, nous joindre l'ordonnance médicale) : _____

Votre enfant, porte t-il des lunettes ou autres ? _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé de votre enfant, en précisant lesquelles et les précautions à prendre : _____

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) M/Mme _____ autorise :

•Le (a) directeur(rice) et ses adjoints à prendre toute mesure qu'ils jugeront nécessaire au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents OUI NON

Voyager en transport : Collectif : OUI NON Individuel : OUI NON

Se baigner OUI NON Mon enfant sait nager : OUI NON

Mon enfant rentre seul OUI NON

Mon enfant rentre avec : M/Mme _____, lien : _____ Tel : _____

•DROIT A L'IMAGE : Je donne à Familles Rurales l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées de mon enfant. Pour la presse locale OUI NON Sur les supports de communication OUI NON

Je certifie exact les informations ci-dessus.

Je dégage les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant et après les heures de fonctionnement de l'accueil et dégage l'Association de toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets personnels.

Fait à :

le :/...../.....

Signature :