

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 :