

RESERVE A L'ASSOCIATION :

Compte client N° :

RESPONSABLE LEGAL n°1

*Les mentions précédées d'une * sont obligatoires :*

***Etat Civil**

Statut : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Situation : Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) séparé(e) célibataire Veuf (Ve)

***Contacts**

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

Mail :

***Régime social**

Régime : CAF MSA Autre : N° Allocataire :

Quotient CAF (dernier connu) :

Profession :

Employeur :

RESPONSABLE LEGAL n°2

*Les mentions précédées d'une * sont obligatoires :*

***Etat Civil**

Statut : Père Mère Tuteur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Situation : Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) séparé(e) célibataire Veuf (Ve)

***Contacts**

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable : ☎ Travail :

Mail :

***Régime social**

Régime : CAF MSA Autre : N° Allocataire :

Quotient CAF (dernier connu) :

Profession :

Employeur :

***Police d'assurance :** Compagnie : N° d'adhérent :

SERVICES INTERNET

Recevoir mes factures par Email

Si vous ne souhaitez pas recevoir vos factures par mail, le format " papier " sera à retirer au secrétariat.

Adresse mail de réception des factures (si différente de l'adresse « responsable 1 ») :

.....

***ENFANTS A INSCRIRE**

Nom	Prénom	Sexe (G/F)	Date de naissance	Age

***ACCOMPAGNANTS**

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfant(s) à l'accueil de Loisirs :

Nom	Prénom	Lien de parenté	N° Téléphone

***AUTORISATIONS**

Je soussigné(e)

Déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs organisé par l'Association Familles Rurales de Viriat et :

- ✓ Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par l'accueil de loisirs.
- ✓ Autorise, en cas d'accident, le directeur de l'accueil de loisirs à faire appel aux services d'urgences.
- ✓ M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par l'organisateur.
- ✓ M'engage à mettre à jour les informations et données me concernant sur le Portail Familles (coordonnées, QF CAF, avis d'imposition, santé de l'enfant, changement de situation...)

Autorise Famille Rurales à reproduire des photos / vidéos de mes enfants dans le cadre de nos activités, pour la presse, le site internet de l'association, et nos propres publications.

oui Non

Traitement des données personnelles :

Merci de vous référer au paragraphe 3.3 du règlement intérieur remis avec le dossier d'inscription.

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.

Association Familles Rurales de Viriat

Association Loi 1901 agréée DDCSPP
Accueil de loisirs sans hébergement
Activités culturelles et de loisirs

Cité des enfants – 79 chemin des Thévenon
Tel : 04 74 25 16 48

Email : association.familles.rurales@wanadoo.fr
Site : www.famillesrurales.org/viriat

Lu et approuvé

Fait à..... Le
Signature des responsables légaux

***IDENTITE**

*Les mentions précédées d'une * sont obligatoires :*

SEXE : Garçon Fille

Nom : Prénom :

Date de naissance : Ville de naissance :

***RESPONSABLE LEGAL**

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable :

☎ Travail :

***MEDECIN TRAITANT**

Nom : ☎ Tel :

***ANNEE SCOLAIRE :**/.....

*Ecole : *Classe :

*Nom du professeur (si connu) :

Joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé pour éviter de remplir ce tableau.

***VACCINATIONS**

DATE du dernier rappel *

Diphtérie : Oui Non * B.C.G : Oui Non *

Tétanos : Oui Non * Hépatite B : Oui Non *

Poliomyélite : Oui Non * R.O.R : Oui Non *

DT Polio : Oui Non * Coqueluche : Oui Non *

Tétracoq : Oui Non * Autres (préciser) :

***MALADIES**

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical : Oui Non

Si oui, vous devez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Otite Oreillons

Rougeole Scarlatine Autres :

***DIFFICULTE DE SANTE**

L'enfant est-il allergique ? Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres :
précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation...) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

***L'enfant bénéficie-t-il d'un projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) :** Oui Non

Si oui, fournir le protocole. L'enfant n'est pas accueilli sans celui-ci.

Vous devrez prendre rendez-vous avec le responsable pour sa mise place.

RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant : vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc.

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

Régime alimentaire :

Sans Porc

Sans viande

L'enfant sait il nager :

oui

non

***Autorisation**

Je soussigné (e)..... Responsable légal de l'enfant, Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant -après avis médical des services d'urgence ou du médecin traitant-.

Association Familles Rurales de Viriat

Association Loi 1901 agréée DDCS
Accueil de loisirs sans hébergement
Activités culturelles et de loisirs

Lu et approuvé

Fait à..... Le

Signature des responsables légaux

Cité des enfants – 79 chemin des Thévenon
Tel : 04 74 25 16 48
Email : association.familles.rurales@wanadoo.fr
Site : www.famillesrurales.org/viriat