



LE PETIT MONTAGNARD

> CENTRE DE LOISIRS 4-12 ANS <



⇒ FICHE D'INSCRIPTION ⇒

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Classe :

Adresse :

Code postal : Ville :

PARENT

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant)

.....

.....

Tél domicile :

Tél portable :

Mail :

PARENT

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant)

.....

.....

Tél domicile :

Tél portable :

Mail :

RENSEIGNEMENTS ⇒ COMPLÉMENTAIRES: ⇒

Je soussigné (e), Nom : Prénom :

Responsable légal de Nom : Prénom :

☐ **Déclare l'inscrire au service enfance "Le petit Montagnard" et avoir souscrit une assurance responsabilité civile.**

(joindre l'attestation d'assurance) Nom de l'assurance et n° du contrat :

N° Allocataire CAF /MSA: **Quotient familial:** (joindre l'attestation CAF)

ou régime particulier (préciser et joindre un justificatif)

Votre enfant bénéficie-t-il l'AEH? ☐ OUI ☐ NON (Si oui joindre l'attestation de la CAF)

⇒ AUTORISATION PARENTALE ⇒ POUR MINEUR

☐ Autorise à participer aux animations du service enfance "Le petit Montagnard".

☐ Autorise à pratiquer les activités sportives et déclare m'être assuré(e) de l'absence de toute contre-indication.

☐ Autorise à se baigner et m'engage à fournir une **attestation d'aisance aquatique sans brassard de sécurité.**

☐ Autorise les personnes ci-dessous à récupérer votre enfant:

NOM : **Prénom :** **Tél :**

NOM : **Prénom :** **Tél :**

☐ Autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité : heure.....

(indiquer l'horaire de départ souhaité et seulement pour les enfants de plus de 6 ans)

☐ Accepte la diffusion par le service enfance "Le petit Montagnard" des images et des films pris lors des activités.

Cette autorisation de diffusion vaut : pour les sites internet de la mairie d'Albiez-Montrond,
pour la presse, les partenaires institutionnels et associatifs du service dans le cadre de la promotion de ses actions.

Fait à **le**

Signature du responsable :

Lu et approuvé(e)

≡ FICHE SANITAIRE ≡ DE LIAISON

L'enfant :

Nom : Prénom : Sexe : ☐ garçon ☐ fille
Date de naissance :/...../.....

Renseignements médicaux :

Vaccinations : joindre **OBLIGATOIREMENT** les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé

Maladie(s) déjà contractée(s) : cocher la ou les cases correspondante(s) :

☐ rubéole	☐ varicelle	☐ angines	☐ rhumatismes	☐ scarlatine
☐ coqueluche	☐ otites	☐ asthme	☐ rougeole	☐ oreillons

Difficultés de santé de l'enfant : (maladies, accidents, allergies, opérations...)

Recommandations des parents :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant l'activité ou le séjour, joindre impérativement l'ordonnance aux médicaments.

Si l'enfant a un PAI, merci de prendre rdv avec la Directrice d'accueil de loisirs du service.

Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse (pendant l'activité ou le séjour) :

.....
.....

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de l'activité ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

☐ J'accepte que ces informations soient saisies dans le logiciel par le secrétariat du service enfance .

Date :

Signature :

⇒ **ATTESTATION** ⇒
SUR L'HONNEUR
Piscine

Je soussigné(e),

Nom et prénom du parent :

Demeurant à :

Agissant en qualité de père, mère ou représentant légal de :

Nom et prénom de l'enfant :

Né(e) le : / /

Atteste sur l'honneur que mon enfant sait nager de manière autonome et est capable d'évoluer dans un bassin de piscine sans aide à la flottabilité.

Je déclare avoir fourni cette information en toute bonne foi et reconnais en assumer l'entière responsabilité.

Fait à :

Le : / /

Signature du représentant légal :

(Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »)