



AMICALE LAIQUE NOIRMOUTIER
ACCUEIL DE LOISIRS « LES PETITS CAGNOTS »
FICHE D'INSCRIPTION
2022-2023

PARENTS

RESPONSABLE LEGAL (1)

NOM.....PRENOM.....
ADRESSE
CODE POSTAL.....VILLE.....
TEL 1..... TEL 2.....
E-mail

Qualité : Père / mère / tuteur / Beau-père / Belle-mère

Situation de famille : Marié / Célibataire / Veuf / Divorcé / Séparé / Pacsé
Profession :.....
Employeur :.....

Caisse CAF.....n° d'allocataire.....

RESPONSABLE LEGAL (1)

NOM.....PRENOM.....
ADRESSE
CODE POSTAL.....VILLE.....
TEL 1..... TEL 2.....
E-mail

Qualité : Père / mère / tuteur / Beau-père / Belle mère

Situation de famille : Marié / Célibataire / Veuf / Divorcé / Séparé / Pacsé
Profession :.....
Employeur :.....

Caisse CAF.....n° d'allocataire.....

AMICALE LAIQUE NOIRMOUTIER
ACCUEIL DE LOISIRS « LES PETITS CAGNOTS »
FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT

NOM.....**PRENOM**.....

Date de naissance :**Sexe** : garçon/fille

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom.....Prénom.....

TELLien de parenté.....

Nom.....Prénom.....

TELLien de parenté.....

AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOS ET FILMS

Je soussigné.....père, mère, tuteur de l'enfant..... autorise

n'autorise pas

L'Amicale laïque de Noirmoutier à photographier mon enfant et à publier ces photos sur différents supports (journaux, bilan, internet etc.)

Date.....Signature du responsable légal

ACCUSE DE RECEPTION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussignés.....père, mère, tuteur de l'enfant..... reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

Date.....Signature du responsable légal

Pour les allocataires CAF

J'autorise l'Amicale Laïque de Noirmoutier à consulter « mon compte partenaire » de la CAF afin de prendre en compte mon quotient familial.

Date.....Signature du responsable légal

INFORMATIONS MEDICALES

NOM.....PRENOM.....

Date de naissance :.....Sexe : garçon/fille

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphthérie				Hépatite b	
Tétanos				R O R	
Poliomvélite				Coueluche	
Ou DT Poli				BCG	
Ou TETRACOQ				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

Votre enfant a-t-il des allergies ?

Asthme oui non **Alimentaires** oui non **Médicamenteuses** oui non
 Autres.....
 Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.....

Votre enfant a-t-il un PAI oui non

Si votre enfant à un PAI dans le cadre scolaire, en informer les responsable de l'accueil de loisirs afin de mettre en place les mesures nécessaires pour les accueils péri et extrascolaire

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident...) pour lesquelles un traitement médical ou des précautions particulières sont à prendre oui non
 Si oui précisez.....

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance, médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant, avec la notice.

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

Rubéole oui non **Coqueluche** oui non **Otite** oui non **Varicelle** oui non
Angine oui non **Scarlatine** oui non **Rhumatisme articulaire** oui non
Rougeole oui non **Oreillons** oui non

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, une prothèse dentaire ou auditive oui non
 si oui quelles sont les recommandations.....

Nom et tel du médecin traitant

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussignépère, mère, tuteur responsable de l'enfant..... autorise le directeur de l'accueil de loisirs à faire pratiquer toute intervention d'urgence et à faire soigner mon enfant suivant les prescriptions médicales du médecin.

J'autorise en outre mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs.

A.....LE.....SIGNATURE