

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS DE LOISIRS VERS/SELLE 2014

Prière de remplir UN formulaire par enfant et le retourner au plus tard le 1er jour de participation de votre enfant

RUBRIQUE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM : _____ Prénom de l'enfant: _____ Adresse (complète) : _____ _____ Téléphone : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> E-mail : _____ Nom et numéro d'assurance de l'enfant : _____	né(e) le ___ / ___ / ___ à _____ âge <input style="width: 40px;" type="text"/> ans Groupe : <input style="width: 100px;" type="text"/> <small>Réservé au centre</small>
--	---

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il eu (1)

* des maladies infectieuses - scarlatine oui - non - oreillons oui - non - coqueluche oui - non - rougeole oui - non - rubéole oui - non - varicelle oui - non	* des maladies chroniques - asthme oui - non - épilepsie oui - non - otites oui - non (1) rayer la mention inutile
---	--

** si oui, a-t-il actuellement un traitement quotidien et lequel ?*

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?

** lesquelles ?*

** dates des opérations ?*

Votre enfant est-il allergique ? ** si oui, précisez (médicaments, animaux...):*

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ?

** si oui, précisez :*

En cas d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il :

** des drains dans les oreilles ? oui - non*

** des lunettes ? oui - non*

** des lentilles de contact ? oui - non*

Nom et adresse du médecin traitant : _____

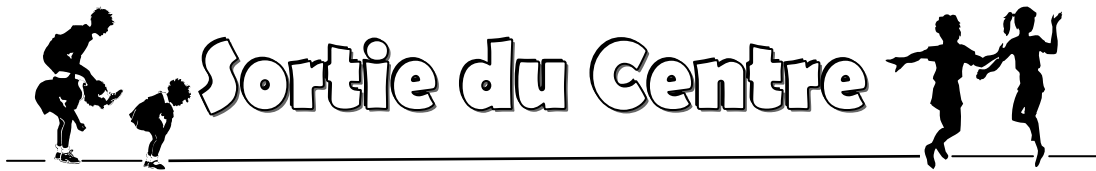
Tél. :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Remplir obligatoirement toutes les rubriques (merci)

Renseignements	Le Père	La Mère	
Nom - Prénom			Mon enfant bénéficiera t'il de la carte loisirs : CAF MSA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <i>(si oui : nous en faire une copie)</i>
Né(e) le :			
Profession			
N° de téléphone de l'employeur			En cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du centre, la personne à prévenir est : Nom : _____ Prénom : _____ ☎ : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
N° Sécurité Sociale			
Êtes-vous allocataire de : la CAF ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non n° d'allocataire : _____ la MSA ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non n° d'allocataire : _____ si non préciser (Maritime, autres) : _____		Caisse de : _____	

Ces informations restent uniquement à usage professionnel et ne seront en aucune façon diffusées.



Je soussigné(e) M, Mme ⁽¹⁾ _____
Responsable légal de l'enfant _____

L'autorise à rentrer seul à 17 h OUh.....

Autorise, les personnes suivantes à reprendre mon enfant :

M., Mme, Melle ⁽¹⁾ _____

M., Mme, Melle ⁽¹⁾ _____

M., Mme, Melle ⁽¹⁾ _____

Nous viendrons le rechercher tous les jours.

ACTE D'ENGAGEMENT :

Je soussigné(e) _____
responsable de l'enfant _____

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de Loisirs organisé par la Mairie de Vers sur Selle et les PEP 80, et autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs et décharge ces derniers de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les heures d'ouverture ou de fermeture du centre ; autorise également les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales...).

De même, j'autorise l'accueil à prendre des photographies ou des images vidéos de mon enfant dans le seul but de promouvoir le centre ou pour diffuser lors de manifestations et sur le site internet de la commune de Vers sur Selle dans la rubrique liées aux activités du centre.

àle / /2014
Signature du responsable légal de l'enfant
à faire précéder de la mention « lu et approuvé »