

Personnes majeures autorisées ou interdites à récupérer l'enfant.

Autorisée	Interdite	NOM PRENOM	Téléphones	Lien de parenté avec l'enfant

Autorisations :

Je déclare : (*cocher les cases suivantes*)

autoriser la structure à accéder à Cdap pour obtenir mon quotient familial nécessaire au calcul des tarifs et à en archiver les données dans le dossier familles.

Si les données ne sont pas renseignées, nous vous demanderons votre dernier avis d'imposition. Sinon, les tarifs les plus élevés seront appliqués.

avoir pris connaissance des modalités d'organisation du centre de loisirs et du règlement intérieur et m'engager à le respecter

m'engager à payer les frais, déductions faites des aides auxquelles j'ai le droit

autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre de loisirs autorisées par la réglementation (y compris les transports)

autoriser le directeur à prendre toute mesure qu'il jugera utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés

autoriser l'organisateur à utiliser les photos de mon enfant pour illustrer les documents de promotion des activités par affiche et/ou presse (journaux locaux) : OUI NON

Les photos sur les réseaux sociaux seront automatiquement floutées.

autoriser mon enfant à rentrer seul (après confirmation avec le directeur) : OUI NON

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectifications aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à centredeloisirsdemarboz@gmail.com. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pièces à fournir

Copie attestation d'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile en cours et en état de validité

Justificatifs d'aides (Aides aux vacances CAF / CE ou autres)

Le centre de loisirs pourra refuser tout inscriptions si le dossier n'est pas complet.

Fait à _____ le _____

Signature du/des représentant(s) légal/légaux :

Fiche Sanitaire :

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Poids : _____ Taille : _____

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

N° Sécurité Sociale de l'enfant : _____

L'enfant est-il en situation de handicap : oui non Bénéficie-t-il de l'AEEH ? oui non

VACCINATIONS Fournir une copie du carnet de santé

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments 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 ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSE OUI NON
AUTRE _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Repas spéciaux : OUI NON

Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il un P.A.I (plan d'accueil individualisé) : OUI NON

Si oui, joindre une copie du protocole et/ou ordonnance.

Merci de prendre également contact avec la direction, pour une meilleure information du PAI.

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, de prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez

Fait à _____ le _____

Signature du/des représentant(s) légal/légaux :