

<p><b>DOSSIER D'INSCRIPTION</b> <b>Année 2015</b></p>	<p><b>L'enfant :</b>                  Nom : .....                  Prénom(s) : .....                  Date de naissance : .....                  Lieu de naissance : .....                  Age : .....</p>
---	---

**Les parents ou tuteur légal:**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N°tel du domicile : ..... Portable : .....

Profession : .....

Nom de l'employeur : ..... Tel : .....

E-mail : .....

  

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (si différent) : .....

N°tel du domicile : ..... Portable : .....

Profession : .....

Nom de l'employeur : ..... Tel : .....

E-mail : .....

  

Allocataires :            CAF             MSA             AUTRE (précisez)

N°allocataire CAF : .....

N°de sécurité social sous lequel l'enfant est enregistré : .....

Régime général :        Oui             Non

Pièces à fournir obligatoires:

- Photocopie du livret de famille
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Fiche sanitaire signée et complétée (avec la photocopie des vaccins)
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte mutuelle

**ATTENTION !!!**

**Pour que le dossier d'inscription soit validé, il devra être complet et toutes les factures Impayées devront être réglées.**

**Toute inscription entraîne l'acceptation du règlement intérieur disponible sur la structure.**

**Signatures des deux parents obligatoires : .....**

<b>FICHE SANITAIRE</b> <b>Année 2015</b>	<b>L'enfant :</b> Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....
---	--

**Vaccinations**

Fournir la photocopie des dates de vaccinations sur le carnet de l'enfant.

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

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

Si oui, nous fournir une ordonnance récente ainsi que les médicaments prescrits dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.

**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"/>	OREILLIONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**Allergies :** Asthme Oui  Non  Médicamenteuse Oui  Non   
Alimentaire Oui  Non  Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler si automédication) :

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

Indiquez ici les éventuelles difficultés de santé (accident, crises convulsives, opérations...) :

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

**Régime alimentaire de l'enfant :**

L'enfant suit-il un régime alimentaire : Oui  Non

Si oui lequel : .....

**Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires) :**

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

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

## AUTORISATIONS

### ▶ **Autorisations médicales**

- J'autorise l'organisateur à :
- ✓ Prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, notamment l'hospitalisation et l'anesthésie générale
  - ✓ Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt

### ▶ **Activités, sorties, séjours**

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités, sorties et mini séjours organisés dans le cadre du centre de loisirs.

### ▶ **Transports**

- J'autorise l'organisateur à transporter mon enfant par les moyens jugés adaptés par l'organisateur pour les activités ou en cas d'accident (bus, transport en commun, voiture, minibus)

### ▶ **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant, départ du centre**

- J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

### Notes importantes

- ✓ **Toute autre personne devra avoir une autorisation écrite signée de la main du responsable légal.**
  - ✓ **En cas de litige concernant la garde de l'enfant, vous devez nous fournir une photocopie de la décision de justice**
- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs **en mon absence** (seulement pour les enfants de plus de 7 ans) L'enfant repart seul si personne n'est venu le chercher.
- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs (seulement pour les enfants de plus de 7 ans)

### ▶ **Droit à l'image**

- J'autorise l'association ILEP à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des activités de communication (plaquettes, site internet, affiches, etc.).
- J'autorise l'association IleP à utiliser des photos/vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des expositions au centre de loisirs.

Je soussigné(e) Mr, Mme, tuteur légal de l'enfant:.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille (recto et verso) pour mon enfant, avoir pris connaissance du règlement intérieur et permet de participer à l'ensemble des accueils de l'association.

Le .....à .....

**Signatures des parents:** .....

