



**DOSSIER D'INSCRIPTION**

NOM et Prénom de l'enfant :  Né(e)

Ecole : ..... Classe : .....

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à la fin des activités :  OUI  NON

Numéro de portable du jeune : .....

Adresse mail du jeune : .....

Famille :  Parentale  Monoparentale  Recomposée  Accueil

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Tél. Fixe/Portable/Travail				
Courriel :				

Personnes à joindre en cas d'urgence (nom + téléphone) :

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

N° Allocataire CAF : ..... Régime social : .....

CAF d'appartenance :  CAF du Doubs Autre CAF : .....

**EMPLOYEURS**

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance scolaire et extrascolaire :

Nom de la compagnie : ..... N° téléphone : ..... N° Contrat :  
 .....

**PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT**

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

**Médecin traitant** : Nom : ..... Téléphone : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 .....

Allergies :

.....

Recommandations des parents :

.....

Régime alimentaire :

.....

Date de dernière mise à jour de la fiche sanitaire : .....

Joindre au dossier les copies des vaccinations (**obligatoire**)

**L'enfant sait-il nager ?**     OUI     NON    **Piscine autorisée :**    OUI     NON

Pendant les activités, j'autorise le personnel du secteur jeunes à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives :

OUI     NON

J'autorise le secteur jeunes à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches) :

OUI     NON

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil de loisirs, je soussigné(e), Madame, Monsieur, .....

- ✓ Autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par l'organisateur
- ✓ Autorise le service à transporter mon enfant en véhicule de location (bus, minibus, transport en commun...),
- ✓ Autorise le service à transporter mon enfant dans les véhicules des agents administratifs (nécessité médicale, etc.)
- ✓ Autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale
- ✓ Autorise les animateurs à photographier et/ou filmer mon enfant aux fins d'utilisation par :
  - la structure elle-même (décoration des locaux, bilans de service, etc.)
  - la communauté de communes (site internet, etc.)
  - la presse
  - les stagiaires dans le cadre de leur rapport de stage
- ✓ Autorise le responsable de service à administrer des médicaments à mon enfant suivant l'ordonnance fournie,
- ✓ Autorise les animateurs à appliquer de la crème solaire à mon enfant en cas de nécessité,
- ✓ Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche
- ✓ Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après les dates et heures des activités,
- ✓ Dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux, téléphone...)
- ✓ N'autorise pas les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

.....

Fait à ....., le .....

Signature :



**INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT  
(FACULTATIF).....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du secteur jeunes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :