



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

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.....

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

**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.....

TEL .....Lien de parenté.....

\_\_\_\_\_

Nom.....Prénom.....

TEL .....Lien 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

## 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 soussigné .....père, 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

## JOURS DE PRESENCE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT .....

DATE DE NAISSANCE.....

Mon enfant sera présent à l'Accueil de Loisirs « Les Petits Cagnots » les jours suivants

*Entourez les jours de présence de votre enfant*

### **SEMAINE DU 6 au 10 JUILLET**

LUNDI                  MARDI                  MERCREDI                  JEUDI                  VENDREDI

### **SEMAINE DU 13 au 17 JUILLET**

LUNDI    MERCREDI                  JEUDI                  VENDREDI

### **SEMAINE DU 20 au 24 JUILLET**

LUNDI                  MARDI                  MERCREDI                  JEUDI                  VENDREDI

### **SEMAINE DU 27 au 31 JUILLET**

LUNDI                  MARDI                  MERCREDI                  JEUDI                  VENDREDI

### **SEMAINE DU 03 au 07 AOUT**

LUNDI                  MARDI                  MERCREDI                  JEUDI                  VENDREDI

### **SEMAINE DU 10 au 14 AOUT**

LUNDI                  MARDI                  MERCREDI                  JEUDI                  VENDREDI

### **SEMAINE DU 17 au 21 AOUT**

LUNDI                  MARDI                  MERCREDI                  JEUDI                  VENDREDI

### **SEMAINE DU 24 au 28 AOUT**

LUNDI                  MARDI                  MERCREDI                  JEUDI                  VENDREDI

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