



## AMICALE LAIQUE NOIRMOUTIER

### FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS « LES PETITS CAGNOTS » Année 2019-2020

NOM DU RESPONSABLE.....

ADRESSE :.....

Code postal.....Commune.....tel.....

Adresse mail.....

Pratiquez –vous une activité sportive à l'Amicale Laïque Noirmoutier    oui    non

PROFESSION.....

DATE DE NAISSANCE.....

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR.....

.....tel.....

\*\*\*\*\*

CAISSE D'ALLOCATION..... N°D'ALLOCATAIRE.....

\*\*\*\*\*

*AUTRE TELEPHONE OU L'ON PEUT VOUS JOINDRE OU PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE*

Nom.....tel...../ Nom.....tel.....

\*\*\*\*\*

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

DATE DE NAISSANCE :.....

\*\*\*\*\*

DECLARATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussigné,.....père ,mère , tuteur (1) 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 du centre.

J'autorise en outre mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs.

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur** de l'accueil de loisirs .

J'autorise l'Amicale Laïque de Noirmoutier à consulter *mon compte partenaire* afin de prendre en considération mon quotient familial

(1) rayer les mentions inutiles

Date.....

Signature

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)**

Vaccinations obligatoires	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates du dernier rappel
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rubéole-Oreillons- rougeole	
Ou dt polio		Hépatite B	
Ou tétracoq		Autres	

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

#### A-t-il présenté des allergies ?

Alimentaire	Oui	Non
Médicamenteuses	Oui	Non
Asthme	Oui	Non
Autres	Oui	Non

#### L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

	Oui	Non
Rubéole	Oui	Non
Varicelle	Oui	Non
Angine	Oui	Non
Scarlatine	Oui	Non
Coqueluche	Oui	Non
Otite	Oui	Non
Oreillons	Oui	Non
Asthme	Oui	Non

Pour les allergies , veuillez préciser , les conséquences possibles et la conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Le mineur suit-il un traitement régulier : **Oui Non**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants ( dans leur emballage d'origine marqué au nom et prénom de l'enfant avec la notice ). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence pendant le déroulement de l'accueil de loisirs : **Oui Non**

Si **oui**, prendre contact avec le directeur de l'accueil de loisirs .

A-t-il eu d'autres difficultés de santé : Maladie, accident..... (les indiquer en précisant les dates)

Recommandations utiles signalées par les parents \_\_\_\_\_

**Nom et téléphone du médecin traitant :** \_\_\_\_\_

#### **Droit à l'image :**

- Autorisons l'Amicale Laïque de Noirmoutier à utiliser l'image de mon ou mes enfants sur tout support (photographie, informatique, vidéo, enregistrement audio, site internet de l'amicale laïque et page facebook de l'Amicale Laïque)
- N'autorisons pas l'Amicale Laïque de Noirmoutier à utiliser l'image de mon ou mes enfants sur tout support (photographie, informatique, vidéo, enregistrement audio.....)

Date.....

Signature