

AUTORISATION

*Si les enfants rentrent accompagnés, indiquer la ou les personne(s) autorisée(s) à venir les chercher
Hors responsables légaux :

Personnes autorisées à venir chercher les enfants	Lien avec la famille	Téléphone
		☎ ____/____/____/____
		☎ ____/____/____/____
		☎ ____/____/____/____
		☎ ____/____/____/____

Autorisations Parentales :

Je soussigné(e), responsable légal de(s) enfant(s),

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs.
- Déclare avoir pris connaissance de l'accès Internet CAF PRO : service qui permet d'actualiser le quotient familial.
- M'engage à signaler tout changement de situation familiale, domicile ou n° de téléphone ainsi que tout trouble de la santé de mon enfant et à fournir tout document (certificat médical et ordonnances) ou protocole d'accueil individualisé.

Autorise le responsable de la structure :

- En cas d'urgence médicale à prendre les mesures nécessaires pour faire transporter mon enfant vers l'hôpital le plus proche par un service compétent (pompiers, ambulance).
- A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.
- En cas de malaise ou d'accidents bénins, s'il n'a pu me joindre à mon domicile ou sur mon lieu de travail, à faire examiner mon enfant par le médecin le plus proche.
- Autorise mes enfants à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs permise par la réglementation des accueils collectifs de mineurs
- A transporter mes enfants en véhicule assuré par l'association
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Votre enfant est susceptible d'être photographié ou filmé. Ces images peuvent servir à illustrer les activités sur le compte instagram, sur le site internet, facebook ou la newsletter ou dans le cadre d'une valorisation des semaines d'animation avec les enfants.

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit photographié/filmé, merci de cocher :

- NON, je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié ou filmé

Lu et approuvé, le ____/____/____

Signature des parents :



Fiche d'inscription 2022 - 2023

ENFANCE

- ALSH Clas Séjour

Nom(s) de la famille* :

*(Nom des enfants en 1^{er} si différent des parents)

Adresse mail : _____@_____

Situation familiale :

- Mère/père seul(e) parents Garde Alternée Autre.....

Si Organisme de protection de l'enfance :

NOM de l'organisme :

Tel :

- Je souhaite recevoir la newsletter du Quart'Ney

COORDONNEES DU/DES RESPONSABLE LEGAL

NOM : NOM :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

CP et Ville : CP et Ville :

Tel Fixe : Tel Fixe :

Tel Portable : Tel Portable :

Tel Travail : Tel Travail :

N° de sécurité sociale :

N° d'allocataire CAF Quotient familial

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé de l'association du quart'ney. Elles sont conservées pendant la durée de votre Adhésion et réactualisées chaque année et sont destinées à l'équipe enfance ainsi qu'au secrétariat.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le secrétariat.

1^{er} ENFANT A INSCRIRE

NOM : Prénom :

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ AGE: _____ans. Sexe : M F

Régime alimentaire : sans porc Végétarien Autres :.....

ALLERGIE : alimentaire Asthme Médicamenteuse Autres.....

Cause et conduite à tenir :

.....

DIFFICULTES DE SANTE :

TRAITEMENTS MEDICAUX (Fournir l'ordonnance):

.....

P.A.I*

OBSERVATIONS DIVERS :

MEDECIN TRAITANT et coordonnées :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de chaque activité : OUI NON**

Ecole Fréquentée : _____ Classe en 2021/22: _____

2^{ème} ENFANT A INSCRIRE

NOM : Prénom :

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ AGE: _____ans. Sexe : M F

Régime alimentaire : sans porc Végétarien Autres :.....

ALLERGIE : alimentaire Asthme Médicamenteuse Autres.....

Cause et conduite à tenir :

.....

DIFFICULTES DE SANTE :

TRAITEMENTS MEDICAUX (Fournir l'ordonnance):

.....

P.A.I*

OBSERVATIONS DIVERS :

MEDECIN TRAITANT et coordonnées :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de chaque activité : OUI NON**

Ecole Fréquentée: _____ Classe en 2021/22: _____

3^{ème} ENFANT A INSCRIRE

NOM : Prénom :

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ AGE: _____ans. Sexe : M F

Régime alimentaire : sans porc Végétarien Autres :.....

ALLERGIE : alimentaire Asthme Médicamenteuse Autres.....

Cause et conduite à tenir :

.....

Difficultés de sante :

TRAITEMENTS MEDICAUX (Fournir l'ordonnance):

.....

P.A.I*

OBSERVATIONS DIVERS :

MEDECIN TRAITANT et coordonnées :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de chaque activité : OUI NON**

Ecole Fréquentée: _____ Classe en 2021/22: _____

4^{ème} ENFANT A INSCRIRE

NOM : Prénom :

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ AGE: _____ans. Sexe : M F

Régime alimentaire : sans porc Végétarien Autres :.....

ALLERGIE : alimentaire Asthme Médicamenteuse Autres.....

Cause et conduite à tenir :

.....

Difficultés de sante :

TRAITEMENTS MEDICAUX (Fournir l'ordonnance):

.....

P.A.I*

OBSERVATIONS DIVERS :

MEDECIN TRAITANT et coordonnées :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de chaque activité : OUI NON**

Ecole Fréquentée: _____ Classe en 2021/22: _____

*Protocole d'Accueil Individualisé ** Remplir personnes autorisées au dos