ENFANCE

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2023 / 2024

DOCUMENTS A FOURNIR
☐ PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION
☐ JUSTIFICATIF DU QUOTIENT FAMILIAL DATÉ DE MOINS DE 3 MOIS

L'ENFANT

NOM_____ PRENOM_____

DATE DE NAISSANCE ____/____/_____ AGE ____ SEXE : ☐ M ☐ F

ECOLE FRÉQUENTÉE: _____ CLASSE EN 2023/24 : _____

LES RESPONSABLES LÉGAUX

L'enfant vit avec : ☐ mère/père seul(e) ☐ parents ☐ garde alternée ☐ autre : _____

NOM_____

PRENOM_____

ADRESSE_____

_____

VILLE_____

TEL FIXE_____

TEL PORTABLE_____

TEL TRAVAIL_____

PROFESSION_____

NOM_____

PRENOM_____

ADRESSE_____

_____

VILLE_____

TEL FIXE_____

TEL PORTABLE_____

TEL TRAVAIL_____

PROFESSION_____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE_____

N° ALLOCATAIRE CAF _____QUOTIENT FAMILIAL _____

ADRESSE MAIL _____

☐ **Je souhaite recevoir la newsletter du Quart'Ney**

*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.

Le Quart' Ney
Maison de quartier associative

Angers

Allocations Familiales Caf de Maine-et-Loire

SANTÉ

RÉGIME ALIMENTAIRE : ☐ classique ☐ sans porc ☐ végétarien ☐ autre : _____

ALLERGIE : ☐ alimentaire ☐ asthme ☐ médicamenteuse ☐ autre : _____

Conduite à tenir :_____

DIFFICULTÉS DE SANTÉ : _____

TRAITEMENTS MÉDICAUX (fournir l'ordonnance) : _____

_____

MEDECIN TRAITANT et coordonnées : _____

L'enfant a-t-il un **PAI** : protocole d'accueil individualisé ? ☐ oui ☐ non

L'enfant est-il bénéficiaire de l'**AEEH** : allocation d'éducation de l'enfant handicapé ? ☐ oui ☐ non

Mon enfant sait-il **nager** ? ☐ oui ☐ non

AUTORISATION

- J'autorise le Quart'Ney à **photographier** et/ou filmer mon enfant et à diffuser le contenu sur les supports de communication de la maison de quartier : ☐ oui ☐ non
- J'autorise mon enfant à **rentrer seul** à la fin de chaque activité : ☐ oui ☐ non
- J'autorise le Quart'Ney à **transporter** mon enfant vers les lieux d'activités : ☐ oui ☐ non

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER MON ENFANT	LIEN AVEC LA FAMILLE	TELEPHONE

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant,

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs.

- Autorise le Quart'Ney à consulter votre quotient familial via le service CAF PRO .

- 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 Quart'Ney à traiter les données de ce formulaire afin de créer mon dossier et de gérer mon inscription.

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.

- 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 règlementation des accueils collectifs de mineurs

- A transporter mes enfants en véhicule assuré par l'association

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Lu et approuvé, le ____/____/_____

signature des responsables :