Fiche d'inscription annuelle 2023-2024

Accueil de loisirs Arc en Ciel

ENFANT

NOM-Prénom :	
Adresse :	
Date et Lieu de Naissance :	
Etablissement fréquenté :	Classe :
Numéro de téléphone :	Mail :

AUTORITE PARENTALE

	Responsable légal 1	**Responsable légal 2**
Nom-Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
e-mail		
Tél fixe domicile		
Tél portable		
N° assuré social		
N° CAF		
Quotient Familial		
QF Bons Vacances		
Lieu CAF		
Profession		
Lieu de travail		
Employeur		
Téléphone professionnel		

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal

- *Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription, du règlement de fonctionnement et des modalités de fonctionnement du centre et s'engage à le respecter et le faire respecter à son enfant.*
- *M'engage à régler l'ensemble des frais liés aux présences du participant dans les activités payantes selon les conditions prévues.*
- *Autorise à venir chercher mon enfant en mon absence les personnes suivantes :*

- *Autorise l'ADSEA 01 à consulter CDAP et en archiver les éléments si besoin.*

Fait à Bourg-en-Bresse, le ……. *Signature précédée de « lu et approuvé »*

DOSSIER MEDICAL DE L'ENFANT .....

Nom-Prénom du Médecin Traitant	Téléphone et adresse

VACCINATIONS **(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).**		**MALADIE**
VACCINS OBLIGATOIRES		**L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**
DTPOLIO (Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche)	1ère injection :	☐ RUBÉOLE
	2ème injection :	☐ VARICELLE
	3ème injection :	☐ ANGINE
	Rappel :	☐ SCARLATINE
VACCINS CONSEILLES		☐ COQUELUCHE
BCG	Date :	☐ OTITE
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	1ère Date :	☐ ROUGEOLE
	Rappel :	☐ RHUMATISME articulaire aigu
HEPATITE B	1ère injection :	☐ OREILLONS
	2ème injection :	
	3ème injection :	
TEST TUBERCULINIQUE	Date :	
AUTRES (Tétanos, Poliomyélite, Tetracoq, Coqueluche		

L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ OUI ☐ NON

L'enfant a t-il une allergie ? Si oui, laquelle ? (alimentaire, médicamenteuse, etc...)

L'enfant a t-il un régime alimentaire? Si oui, lequel ?

L'enfant suit t-il un traitement ? Si oui, lequel ?

L'enfant a-t-il besoin de soins particuliers ? Si oui, lequel ?

AUTRES (Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... ou autre renseignement important (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation). Précisez :

Autorisations parentales :

- J'autorise le participant à prendre part à toutes les activités proposées par le centre de loisirs.
- J'autorise le Directeur du centre de loisirs à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.
- J'autorise le centre de loisirs à photographier mon enfant dans le cadre des activités, et à publier les documents comportant l'image du participant.

Fait à Bourg-en-Bresse, le ……. Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

CERTINES