

Accueil de loisirs l'île aux enfants

Dates de MàJ

Rue du pont aux moines

35 590 SAINT-GILLES

ileauxenfants35590@gmail.com

02 99 64 60 85

NOM de l'enfant :

Prénom :

Sexe : F / M

Né(e) le :

à :

Ecole :

classe :

Nom et Adresse (de facturation) :

Tél domicile :

Adresse mail (obligatoire pour l'ouverture du compte sur le portail famille et pour recevoir les informations) :

Situation familiale :

Nb d'enfants :

Nom et prénom responsable 1 :

Nom et prénom responsable 2 :

Profession :

Profession :

Tél :

Tél :

Tél travail :

Tél travail :

Régime (CAF, MSA, AUTRE) :

N° allocataire :

En cas de régime CAF, nous soussignés :

AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement au quotient à prendre en compte pour établir la facturation. Le quotient sera consulté lors de l'inscription et à chaque début d'année civile, jusqu'à la clôture du dossier.

Nous nous ENGAGEONS à signaler à la structure tout changement susceptible d'avoir une incidence sur le quotient délivré par la CAF.

A _____, le ____/____/____

mention « Lu et Approuvé »

Signature

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : Votre enfant souffre-t-il d'une allergie ?

Si oui, laquelle ? et comment se manifeste-t-elle ?

En cas de PAI instauré à l'école, il est recommandé de nous le fournir également

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? si oui lequel ?

Vaccins : votre enfant est-il à jour de ses vaccins ?

Vaccins concernés : Diphtérie tétanos poliomyélite BCG ROR coqueluche hépatite B
haemophilus pneumocoque méningocoque

Autres :

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION

Avez-vous une responsabilité civile pour votre enfant (fortement conseillée)? OUI / NON

Si oui, laquelle ?

N° de contrat :

Personnes à contacter EN CAS D'URGENCE (par ordre d'appel, nom prénom, tél, lien familial)

Autorisation de soins : Nous soussignés :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDE(NT) au personnel de la structure:

-En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par un médecin (uniquement en présence d'une ordonnance)

A _____, le ___/___/_____ mention « Lu et Approuvé »

Signature

Nous, soussignés :

autorisent

les personnes suivantes à venir chercher mon enfant

Signature

Nom Prénom	Téléphone	Lien de parenté

(Ces personnes devront se munir d'une pièce d'identité avec photo pouvant être demandée pour vérification.)

Conditions de sortie de la structure :

Mon enfant peut : (entourer la réponse)

- Quitter seul l'accueil de loisirs àh..... pour rentrer à son domicile. Oui / non

- Quitter l'accueil de loisirs seul pour se rendre à une activité extérieure. Oui / non

- Quitter l'accueil de loisirs seul pour se rendre à une activité extérieure et revenir à l'accueil. Oui / non

Nous soussignés :

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et / ou photographié aux fins d'utilisation

par:

- La structure elle-même (activités manuelles, journal interne, affichage, ...)

- Le service Communication de la commune

- La Presse - Le site internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure

- Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT), que si je reçois / nous recevons les photos ou les films, ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le ___/___/_____ mention « Lu et Approuvé »

Signature

Nous soussignés,

CERTIFIE(NT) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses, dès l'inscription de mon enfant jusqu'à la clôture de son dossier.

A _____, le ___/___/_____ mention « Lu et Approuvé »

Signature