

FICHE D'INSCRIPTION 2016/2017 (valable jusqu'au 31/08/2017)

E N F A N T	NOM : PRENOM : Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon NE(E) LE : AGE :ans Téléphone (ados) : Classe Ecole : Adresse mail (ados) : Lieu d'arrivée matin : Lieu de départ soir : <input type="checkbox"/> Suivi Assistante sociale <input type="checkbox"/> Suivi Education spécialisée..... Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre
	<u>Vaccins :</u> <u>DT Polio / Trétracoq</u> 1 ^{er} vaccin : .../.../..... 2 ^{ème} vaccin : .../.../..... 3 ^{ème} vaccin : .../.../..... Dernier rappel : .../.../..... <u>Autres Vaccinations</u> BCG : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ROR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre (précisez) : <i>Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :</i>
	RESPONSABLE LÉGAL : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : NOM Prénom Portable : / / / / PROFESSION EMPLOYEUR LIEU (trav.) TELEPHONE (travail) :
	NOM Prénom Portable : / / / / PROFESSION EMPLOYEUR LIEU (trav.) TELEPHONE (travail) :
	ADRESSE DU DOMICILE : CODE POSTAL VILLE Dom. : / / / / Adresse mail famille : Mutuelle : Assurance Resp. Civile : N° sécurité sociale rattachement enfant : CAF de : N° allocataire : Quotient Familial :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____

Responsable légal de l'enfant : _____

- Oui Non **Autorise le responsable du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.**
- Oui Non **Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par le centre (sorties, piscine, activités sportives, etc...).**
- Oui Non **Autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin des activités.**
Préciser l'heure : _____
- Oui Non **Autorise mon enfant à quitter le centre avec M.**
.....
- Oui Non **Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de la communication Léo Lagrange ou de la commune.**
- Oui Non **Accepte de recevoir les informations du Centre de Loisirs par SMS sur mon téléphone portable.**
- Oui Non **A pris connaissance du Règlement intérieur.**

Fait à _____, le _____ Signature :

Pièces à fournir :

- Photocopie des vaccinations à jour.
- Attestation d'Allocataire CAF, MSA ou autre régime.
- Copie attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'enfant.
- Copie attestation carte vitale.
- Justificatif de domicile datant de - 3 mois.