



Fiche de préinscription et sanitaire de liaison pour le :



Centre de loisirs ESCAPADE

Centre de loisirs EVASION

Nom de l'enfant Prénom :

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance..... Sexe : F M

RESPONSABLE(S) ET SITUATION FAMILIALE

Représentant légal 1 : NOM : PRENOM :

ADRESSE : COMMUNE.....

TEL DOM : TEL PORT :

TEL TRAVAIL : E-MAIL :

Représentant légal 2 : NOM : PRENOM :

ADRESSE : COMMUNE

TEL DOM : TEL PORT :

TEL TRAVAIL : E-MAIL :

Mariés Divorcés Séparés Pacsés Vie maritale Célibataire Veuf

NOM ET ADRESSE DE FACTURATION :

.....

SANTE

Repas spécifique sans porc : OUI NON

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI alimentaire? : OUI (Joindre une copie) NON

Votre enfant a-t-il des besoins spécifiques ? : OUI NON

Vaccination : Tétanos OUI NON (Se référer au carnet de santé de l'enfant et fournir une copie)

Traitement en cours : L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI* NON

(*Si oui, joindre l'ordonnance en cours et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, au nom de l'enfant avec la notice, aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance).

Allergies : Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autre	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Nom du médecin traitant : Tél :

Précautions à prendre (lunettes, appareils dentaires, appareils auditifs...):

.....

Personnes (autre que les parents) autorisées à venir chercher l'enfant

Nom, prénom, lien avec l'enfant	Numéro de téléphone

Décharge de responsabilité concernant l'enfant **de plus de 6 ans**

- Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul à mon domicile après les activités du centre à 18h.
 J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile après les activités du centre à 18h.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

No de police d'assurance responsabilité civile et dommages :

Adresse de l'assurance :

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités du centre de loisirs, autorisez-vous l'ACMM –l'ACMV à photographier votre enfant et à utiliser ces clichés pour des expositions au centre de loisirs ou pour diffusion dans des publications locales (Dauphiné Libéré, Journal municipal, site internet de la mairie).

OUI NON

DOCUMENTS INDISPENSABLES A JOINDRE

- Attestation quotient CAF (sans justificatif, le plein tarif sera appliqué)
 Justificatif de domicile (moins de 3 mois)
 Copie de la page des vaccinations du carnet de santé de l'enfant,

DECLARATION DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre de loisirs de Montbonnot.
- Autorise mon enfant à utiliser les transports du centre de loisirs de Montbonnot.
- M'engage à régler le montant de ma participation dans les 15 jours suivant la réception de la facture.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le centre de loisirs et le directeur du centre de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation).
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à en respecter les dispositions.
- J'ai bien noté que les absences et défections ne seront remboursées que sur présentation d'un certificat médical, produit au service jeunesse et sport dans les 48 heures et si l'absence a été signalée dans les délais.

A, le/...../.....

Signature

Conformément aux dispositions de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL), nous vous rappelons que vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du service Jeunesse et Sport. (Loi 06 janvier 1978).