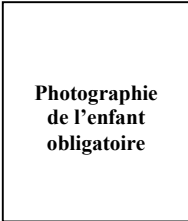


**Accueil de Loisirs de Molinges**  
**Fiche d'inscription 2024/2025(A remettre au responsable)**



**ENFANT**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de Naissance :** .....  Féminin  Masculin

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**  Mère  Père  Autre (préciser) : .....

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Commune :** .....

**Tel.domicile:**..... **Tel.travail:**..... **Portable :** .....

**Adresse mail :** .....

**Profession.....Employeur :** .....

**Situation familiale :**  Marié  célibataire  vie maritale  Autre (à préciser) : .....

**Régime dont dépend l'enfant :**  CAF  MSA  SNCF  EDF/GDF

**Adresse de l'organisme:** .....

**N° d'allocataire :** ..... **Nombre d'enfants à charge dans la famille :** .....

**AUTRE RESPONSABLE DE L'ENFANT**  Mère  Père  Autre (à préciser) : .....

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Commune :** .....

**Tel.Domicile:**..... **Tel.Travail:** ..... **Portable :** .....

**Profession.....Employeur :** .....

**Situation familiale :**  Marié  célibataire  vie maritale  Autre (préciser) : .....

**Personnes autorisées à reprendre l'enfant à l'Accueil de Loisirs :**

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

J'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile depuis l'Accueil de Loisirs à partir de ...h....  oui  non

**Personnes à prévenir en cas d'accident (si les responsables ne sont pas joignables):**

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

**Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Si oui lequel ?** .....

**Médecin traitant :** .....

**Adresse:**..... ☎ : .....

**AUTORISATION, DÉCHARGES**

Ayant pris connaissance des modalités de fonctionnement et du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs, je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus,

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'organisateur de l'Accueil de Loisirs,
- Autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
- Décharge l'organisateur de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures d'ouverture de l'Accueil de Loisirs,
- Dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux, jeux électroniques, téléphones portables...),
- Suis informé qu'il est de mon intérêt de souscrire un contrat d'assurance en responsabilité civile,
- M'engage à signaler à l'organisateur tout changement de situation familiale,
- Autorise l'organisateur à m'envoyer les factures par mail ⇒  OUI  NON
- Autorise l'organisateur à filmer ou photographier mon enfant lors de ses différentes activités et à diffuser les documents si besoin ⇒  OUI  NON
- Autorise l'organisateur à utiliser mon numéro d'allocataire CAF pour mettre à jour mes revenus :  OUI  NON (En cas de refus ou d'impossibilité, joindre une copie du dernier avis d'imposition sur le revenu),
- Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et sur la fiche sanitaire de liaison.

**Date :** ..... **Signature précédée de la mention « lu et approuvé »**

# MOLINGES

## Fiche sanitaire 2024/2025

### 1 - ENFANT

Nom et prénom : ..... Date de naissance: .....

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
	Oui	Non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

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

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** régulier durant l'année?

oui  non

Un PAI a-t-il été signé?

oui  non

- Si oui joindre, le PAI en cours, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
- Si non, prendre contact avec la directrice de l'école ou de l'accueil de loisirs.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES :** ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** : .....

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES...PRÉCISEZ : .....

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :