



# Accueil de Loisirs Arc en ciel

2017 / 2018

## FICHE D'INSCRIPTION

NOM & Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Age :     ans

Nom & Prénom du père : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse des parents : \_\_\_\_\_

Adresse mail pour la facturation : \_\_\_\_\_

N° téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Prix de journée : mer :   € / vac :   €     Prix de journée camp :       €

Prix de journée : matin :   € / soir :   €     Capucine semaine :       €

Régime C.A.F. : oui    non                    Bons C.A.F. : oui    non

N° d'allocataire CAF :

### OU JOINDRE LES PARENTS EN CAS D'URGENCE ?

Travail du père : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Travail de la mère : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

### AUTRES PERSONNES A CONTACTER

Mr ou Mme \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Mr ou Mme \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

### Mon enfant fréquentera l'accueil de loisirs :

ALSH VACANCES

PERISCOLAIRE

- Toussaint :

- Mercredi : MATIN / APRES-MIDI

- Février :

- Avril :

- Matin :

- Juillet :

- Août :

- Soir :

## **FICHE SANITAIRE** (renseignements médicaux concernant votre enfant)

ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?      OUI      NON

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_  
(Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance)

VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTES OU ANTECEDENTS DE SANTE (convulsions, allergies, hémophilie, allergies alimentaires, asthme.) Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, Préciser :

\_\_\_\_\_

**VACCINATIONS** : (voir photocopies ci-jointes)

### **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné, Mr et Mme \_\_\_\_\_ autorise mon enfant \_\_\_\_\_

À participer aux différentes activités et sorties proposées et autorise également que mon enfant soit photographié, filmé ou apparaisse sur le site Internet de la commune dans le cadre de l'accueil de loisirs l'arc en ciel.

Vous déclarez exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisez le responsable de L'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

**Mon enfant repartira seul le soir de l'accueil de loisirs :**

OUI

NON

**A quelle heure :** \_\_\_\_\_

**J'autorise Mr ou Mme \_\_\_\_\_ à reprendre mon enfant à l'accueil de loisirs régulièrement ou exceptionnellement en informant la Directrice de l'accueil de loisirs ou les animateurs.**

**Date :**

**Signature :**