



**DOSSIER D'INSCRIPTION
ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT
DE BRAVONE**

ENFANT À INSCRIRE

NOM et Prénom :

Date de naissance : / / Garçon Fille Classe :

PARENT(S) ou PERSONNE(S) LÉGALEMENT RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

LE RESPONSABLE LEGAL (père-mère-tuteur-autre à préciser)* (*barrer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone domicile : / / / / Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / / Courriel.....@

Numéro Allocataire CAF :

Situation familiale : célibataire marié(e) / PACSé(e) / union libre
 séparé(e) / Divorcé(e) autre :

LE CONJOINT (père-mère-tuteur-autre à préciser)* (*barrer la mention inutile)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone domicile : / / / / Téléphone portable : / / / /

Téléphone travail : / / / / Courriel.....@

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom / Prénom : Qualité : Téléphone :

Nom / Prénom : Qualité : Téléphone :

Nom / Prénom : Qualité : Téléphone :



**AUTORISATIONS
ET
DECLARATION**

- **Autorise** le centre de loisirs à contacter les services compétents en cas d'accident :
 OUI NON
- **Autorise** l'envoi de facture(s) dématérialisée(s) par l'association I Tesori Di Bravone sur la boîte mail mentionnée ci dessus :
 OUI NON
- **Autorise** mon enfant à **participer aux activités proposées**: (sports nautiques, équitation, activités "pleines natures"):
 OUI NON
- **Autorise** mon enfant à **prendre l'autobus ou le mini-bus** affrété par le centre lors des différentes sorties :
 OUI NON
- **Autorise** l'équipe du centre de loisirs, dans le cadre des activités proposées et dans les conditions du strict respect du **droit à l'image, la reproduction à but non commercial de photographies, de vidéos de mon enfant** (sites du centre de loisirs, journaux, presse, etc...) :
 OUI NON
- **Autorise** mon enfant à **quitter seul l'établissement**:
 OUI NON
- **Déclare** avoir pris connaissance du **règlement intérieur** précisant les modalités de fonctionnement du centre de loisirs :
 OUI NON

DATE ET SIGNATURE(S) DU/DES PARENT(S) OU PERSONNE(S) LÉGALEMENT RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (Précédée de la mention "Lu et approuvé")



**FICHE SANITAIRE
À REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : Poids : Taille :

VACCINS A jour du DT Polio OUI NON

ALLERGIES OUI NON

Si oui, lesquelles

MALADIE Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle Coqueluche Scarlatine

CONTRE INDICATIONS MÉDICALES

Médiaments :

Vaccins – Sérum :

TRAITEMENT PARTICULIER / P.A.I. OUI NON
(Joindre l'originale de l'ordonnance)

ALIMENTATION OU RÉGIME PARTICULIER OUI NON
Si oui, lequel (si raison médicale, joindre le P.A.I.)

PORT D'UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes...) OUI NON
Si oui, lequel

OPÉRATIONS OUI NON
Si oui, lesquelles

L'ENFANT EST-IL APTE A LA PRATIQUE SPORTIVE? OUI NON
Si non, préciser

L'enfant est-il?

Hémophile	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Enurétique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Epileptique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Astmatique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Diabétique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT L'ENFANT

.....

.....

.....

.....

DATE	SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN