



ALEFH

Siège social : Mairie – Fontaine-Heudebourg – 27490 CLEF Vallée d'Eure

FICHE D'INSCRIPTION ET SANITAIRE 2018/2019

Adhésion et frais d'inscription 5 € par famille

Enfant

NOM : Prénom :

Né(e) le : Garçon Fille Classe :

PARENTS

Père

Mère

NOM : NOM :

Prénom : Prénom :

Adresse : Adresse :

Commune : Commune :

Tél. fixe : Tél. fixe :

Tél. mobile : Tél. mobile :

Tél. travail : Tél. travail :

Allocataire CAF : Oui Non Allocataire MSA : Oui Non

Numéro allocataire :

Adresse de facturation si adresses différentes : Père Mère

En cas de séparation, si l'un des parents n'est pas autorisé à récupérer l'enfant, merci de prévenir l'équipe d'animation.

Email :

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (NOM ET TELEPHONE)

.....

MEDECIN TRAITANT

.....

DIVERS

Allergies :

Régime alimentaire particulier :

Conduite à tenir :

Difficultés de santé :

Recommandations utiles des parents :

.....

Votre enfant a -t-il un PAI (projet d'accueil individualisé) ? Oui Non

Faire une photocopie du carnet de santé (pages vaccins) ou remplir le tableau ci-dessous.

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie				Poliomyélite			
Tétanos				Ou DT polio			
BCG				Ou Tétracoq			
Autres (préciser)							

Numéro de sécurité sociale (*dont dépend l'enfant*) :

AUTORISATION DE SORTIE (*raier la proposition inexacte*)

* **J'autorise** mon enfant à quitter seul : l'accueil à partir de 17 h 00

* **Je n'autorise pas** mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....

(*) **Rayer les mentions non autorisées**

Nous soussignés, Madame et Monsieur.....

-Autorisent le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de notre enfant .

-Autorisent l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de notre enfant.

-Autorisent le personnel de la structure à administrer sous notre responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance. Certifie n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

-Autorisent le personnel de la structure à appliquer différentes crèmes : brûlure, chute et solaire.

-Autorisent le personnel de la structure à administrer un anti-douleur, type paracétamol, en dosage adapté à l'âge de l'enfant.

-Autorisent que notre enfant soit filmé et photographié aux fins d'utilisation par :

-La structure elle-même

-Le service communication des communes ou de la communauté de commune

-La presse

-Supports informatiques de la structure (CD, clef USB)

-Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

-Certifient que si nous recevons des photos ou des films, à ne pas les utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

-Autorisent notre enfant à participer aux sorties organisées par la structure.

-Autorisent notre enfant à prendre un moyen de transport à des fins de sorties pédagogiques.

Certifient avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A, le.....

Signatures des parents précédées de la mention « lu et Approuvé »

CNIL

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.