



CENTRE DE LOISIRS D' AIMARGUES

DOSSIER INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

*Toutes les catégories sont à remplir obligatoirement
(Tout dossier INCOMPLET ne permettra pas un enregistrement définitif)*

Catégorie 1

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : - - - - - / - - - - - / - - - - - Sexe : F M

Catégorie 2

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS OU LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile : Portable :

Adresse Email (en majuscule):

Mère : Nom : Prénom : } :
Employeur : } :
Situation familiale :

Père : Nom : Prénom : } :
Employeur : } :
Situation familiale :

Catégorie 3

REGIME ET ASSURANCE

Régime * : Général (CAF) Agricole (MSA)

* Cocher la case correspondante

N° CAF : Quotient familial : N° MSA :

Société d'Assurance : N° contrat :

Afin de bénéficier des tarifs modulés en fonction du quotient familial, merci de bien vouloir nous fournir la dernière notification de la CAF en début de chaque année.

Autorisation Parentale

Autorisation de déplacement en autonomie

L'enfant est-t-il autorisé à rentrer seul * : OUI NON

Si oui merci de remplir la décharge suivante :

Je soussigné Mme, M
décharge l'équipe d'animation de toute responsabilité de mon enfant dans le cas où je l'autorise à rentrer seul au domicile familial.

Signature :

Personnes autorisées à venir récupérer l'enfant ou à contacter en cas d'urgence

-
-
-
-

Activités

Informations sur la pratique d'activités

J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du centre de loisirs, sauf :

-
-
-

J'autorise l'équipe d'animation à transporter mon enfant en minibus ou grand bus lors des sorties organisées * :

OUI NON

Droit à l'image

- Donne l'autorisation de diffuser les photographies ou images filmées de mon (mes) enfant(s), prises dans le cadre des activités organisées par le centre de loisirs pour les usages suivants :

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Edition/publication de livres, journaux, plaquettes d'information | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Exposition des photos pour les journées de fêtes du centre | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Publication à des fins de communication ou par presse | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Pages site internet de la ville : aimargues.fr | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Cette autorisation donnée à titre gracieux, est valable à compter du :/...../20.....

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces images devront respecter l'anonymat de l'enfant et ne devront pas porter atteinte à sa réputation.

* *Cocher la case correspondante*

Fait à Aimargues, le :

Signature du (des) parent (s) ou tuteur légal :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

OPÉ-

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l' enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....