

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant:

-
-
-

Remarques éventuelles:

.....

Régime lié au culte religieux:

Régime alimentaire :

En cas d'urgence : prévenir : ☎ / / / / /
 ou : ☎ / / / / /

Médecin traitant :

Nom:
 Adresse: ☎ / / / / /
 Numéro de Sécurité sociale:
 Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé: **oui - non**
 Votre enfant suit-il un traitement de longue durée: **oui - non**

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné: Nom: Prénom:.....
responsable légal de l'enfant inscrit sur la présente fiche,

- autorise mon enfant à participer aux activités proposées par l'accueil de loisirs,
- autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin des activités: **oui - non**
- autorise les responsables à prendre mon enfant en photo dans le cadre des activités et sorties pour illustrer les actions de l'association sur les différents supports de communication dont le site internet: **oui - non**
- autorise les responsables de l'accueil à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de l'enfant. Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité de me joindre ou de joindre mon conjoint.

Je m'engage à signaler tous changements concernant les informations portées sur cette fiche d'inscription.

Fait à :, le

Signature

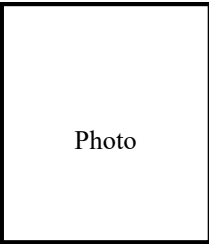


FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant

Prénom :

Date naissance



Responsable légal:

Nom prénom :

Adresse :

Code postal..... Commune :

Téléphone domicile: _ / _ / _ / _ / _ Portable : _ / _ / _ / _ / _

E-mail :

PERE :

Nom Prénom..... Nom prénom.....

Nom et adresse de l'employeur: Nom et adresse de l'employeur:

.....

.....

☎ Travail: _ / _ / _ / _ / _ ☎ Travail _ / _ / _ / _ / _

Assurances et responsabilités

Je soussigné (e) certifie que mon enfant est couvert par une assurance en responsabilité Civile Individuelle Accident *, couvrant les dommages causés à autrui, y compris pour les activités péri et extrascolaires.

Compagnie d'Assurance:

Numéro de sociétaire:

* Fournir obligatoirement une attestation d'assurance

Ressortissant :

CAF Haute Loire N° allocataire Caf:

MSA Haute Loire N° allocataire MSA:

Je vous autorise à consulter mon Qf sur le site internet concerné (CAF ou MSA) Oui

Autre organisme N° allocataire

Fournir obligatoirement une copie de l'attestation de l'organisme MSA ou CAF autres départements que la Haute Loire

ASSOCIATION BRIN DE FICELLE

Siège Social et Site de Fontannes : 26 Avenue Henri Veysseyre- 43 100 Fontannes ☎ : 04.71.74.33.94

Site de Lorlanges : Champ Pointu 43360 Lorlanges ☎ : 04 71 76 97 55

brinficelle@orange.fr Site internet : www.brinficelle.fr

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, 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

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