



# FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2017/2018



Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : G  F

Etablissement scolaire : .....

Activité TA saison 2017/2018 : .....

N°CAF: .....

Quotient: +750  - 750

Régime de sécurité sociale Général  autre

Mère  Père  Tuteur

Nom : .....

Prénom : .....

Portable ..... Travail .....

Mail : .....

Mère  Père  Tuteur

Nom : .....

Prénom : .....

Portable ..... Travail .....

Mail : .....

## Personnes à contacter en cas d'urgence ou autoriser à venir chercher l'enfant (autres que les parents) :

Nom : .....

Portable : .....

Nom : .....

Portable : .....

Nom : .....

Portable : .....

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

1. Autorisez-vous l'association de la Tour d'Auvergne à utiliser librement les photos de votre enfant dans le cadre de la promotion de ses activités (Presse, site Internet) sans demander de rémunération ni droit d'utilisation d'image ?

Oui  Non

2. Nous autorisons notre enfant à venir et/ou à rentrer seul du centre de loisir

Oui  Non

3. Autorisez-vous l'association de la Tour d'Auvergne de Rennes à transporter votre enfant pour les besoins de l'activité ?

Oui  Non

4. Nous avons pris connaissance et signé le règlement intérieur.

Oui  Non

Date et signature d'un responsable majeur :  
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

## CADRE RÉSERVÉ AU SECRETARIAT

Total

Réduc

Total après réduc

=

Règlement :  
Chèques : BQ

Nom du payeur : .....

Date : ...../...../.....

1/n°	Mt	Rem n°	Date
2/n°	Mt	Rem n°	Date
3/n°	Mt	Rem n°	Date
4/n°	Mt	Rem n°	Date
5/n°	Mt	Rem n°	Date

Espèces	Rem n°	Date
Coupon Sport	Rem n°	Date
Sortir	Rem n°	Date
ANCV	Rem n°	Date



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT Polio, Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME, ALIMENTAIRES, MÉDICAMENTEUSES, AUTRES. oui  non

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

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

Association la Tour d'Auvergne 8 passage du Couëdic 35000 Rennes tél : 02.99.30.10.89 @ : accueil@tourdauvergneasso.com