

**Fiche d'Inscription**

**Accueil Extrascolaire du mercredi de Saint Aulaye-Puymangou**

**Votre enfant :**

**Nom :** ..... **Etablissement fréquenté :** .....

**Prénom :** ..... **Classe :** .....

**Date et lieu de naissance :** .....

**Les Parents :**

**Situation de famille :** Mariés, Pacsés, vie maritale  célibataire  divorcés, séparés  veuf(ve)

**Coordonnées :**

**Père**

**Mère**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

 Domicile : .....

 Domicile : .....

 Portable : .....

 Portable : .....

Profession : .....

Profession : .....

Lieu et tel travail : .....

Lieu et tel travail : .....

Mail : .....

Mail : .....

**Administratif :**

**Régime :** Général Sécurité Sociale  MSA  RSA  Autre  : .....

CAF de : ..... N°Allocataire : .....

Quotient Familial : .....

N° Sécurité social de l'assuré pour l'enfant : .....

Assurance Extra Scolaire : ..... N° contrat : ..... (Fournir une attestation)

**Documents à fournir pour facturation :**

-Attestation CAF

Ou -Attestation MSA

Ou -Avis d'imposition N-1 (revenus 2020)

-Attestation RSA

-Mandat de prélèvement signé + IBAN ou RIB pour bénéficiaire du prélèvement automatique

(Mandat de prélèvement à retirer auprès de nos services)

**Autorisations**

J'autorise mon enfant à participer aux activités suivantes :

Baignade

Vélo

Sortie en car

Activités physiques et sportives

**Personnes autres que les parents habilitées à venir chercher l'enfant**

nom	tel

Je soussigné, Mme/Mr ....., atteste(nt) sur l'honneur, avoir pris connaissance, lu et respecter, le règlement intérieur de l'accueil de Loisirs du mercredi de la commune de Saint Aulaye-Puymangou.

Date et signature:

## Droit à l'image

A l'occasion des activités de l'Accueil de Loisirs, votre enfant peut être photographié et nous souhaitons éventuellement pouvoir faire figurer ces photos sur nos plaquettes, bulletins et/ou le site web de la commune.

Ces photographies ne seront accompagnées d'aucune information susceptible de rendre identifiable votre enfant et votre famille, dont le nom ne sera pas mentionné. Les légendes accompagnant la (ou les) photographie(s) ne porteront pas atteintes à la réputation de votre enfant ou de sa vie privée.

J'autorise la publication sur le site internet, dans les plaquettes et dans le bulletin de la commune de Saint Aulaye-Puymangou et dans la presse.

Je n'autorise pas la publication de la photographie de mon enfant

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**-VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

**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**

**-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.**

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

### **ALLERGIES :**

Asthme

Alimentaires

Médicamenteuses

Autres : .....

**Préciser 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.**

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

Je soussigné, Mme/Mr....., déclare(nt) exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise(nt) les responsables de l'Accueil de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date et signature: