

INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

École :

Classe.....

ENFANT

Nom

Prénom

Né(e)le / / A

AUTORISATION DE SORTIE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs oui non

AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES PRISES LORS DES ACTIVITÉS

Le représentant légal autorise l'Ifac à réaliser des prises de vues photographiques, pendant le déroulement des activités, sur lesquelles peut figurer l'enfant mentionné sur cette fiche. Il autorise l'Ifac à utiliser librement ces photographies pour leurs supports de communication (document de présentation, publications, site Internet, expositions ...), sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une diffusion ou d'une utilisation commerciale. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à son image et/ou à sa réputation. non / oui

INFORMATIONS SUR LES DONNÉES PERSONNELLES COLLECTÉES

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services administratifs de Sartrouville Animation. 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. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la direction de Sartrouville Animation.

RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e)..... déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement de fonctionnement, m'engage à le respecter sans réserve et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Date: / / Signature: _____



Avec le soutien de



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SELON LE CERFAN° 10008*O2 DU MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le / / Sexe F M

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				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.

Maladies – allergies – régimes alimentaires particuliers

Maladies

Précisez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Varicelle <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Angine <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Rhumatismes <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Scarlatine <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Coqueluche <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Otite <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Asthme <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Rougeole <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Oreillons <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Projet d'Accueil Individualisé

Mise en place d'un PAI/PAEA : non / oui

Nature du PAI/PAEA :

L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la pratique d'activités physiques : non / oui

Médecin traitant

Nom

Tél.



Avec le soutien de

Ifac - Association à but non lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale

Traitement médical

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil ? non oui

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Allergies

Allergie médicamenteuse	Allergie alimentaire	Autres
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	Précisez :

Précisez ci-dessous la conduite à tenir pour les allergies (si automédication le signaler) :

Autres

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... précisez ci-dessous :

Régime alimentaire sans porc :

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISATIONS DIVERSES

Baignade : non / oui

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date: / / Signature :

À remplir par le responsable de l'accueil à l'attention des familles

Coordonnées de l'accueil :

Observations :



FICHE DE RENSEIGNEMENT FAMILLE

Renseignez obligatoirement une fiche par famille dans le cas d'accueil de mineurs.

FAMILLE

Nom

Adresse

C.P. Ville

Situation familiale

Nombre total d'enfants Nombre d'enfants à charge

E-mail

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant

RESPONSABLE 1

Nom Autorité parentale

Prénom

Né le / /

Tél domicile Tél mobile

N° Allocataire CAF Quotient familial (cf. grille ville)

Profession Société

Tél professionnel Catégorie Socio Professionnelle

RESPONSABLE 2

Nom Autorité parentale

Prénom

Née le / /

Tél domicile Tél mobile

N° Allocataire CAF Quotient familial (cf. grille ville)

Profession Société

Tél professionnel Catégorie Socio Professionnelle

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



Avec le soutien de

Ifac - Association à but non lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale