



Accueil des enfants de 3 à 16 ans du 12 au 23 avril 2021 des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire

Fiche d'inscription et de renseignements

Complétez uniquement l'inscription si vous êtes habituellement inscrit dans l'un des centres de loisirs
du Groupement Familles Rurales Ardèche.

Le ou les enfants :

Nom, prénom et date de naissance :

.....

Personne à contacter, nom et numéro :

.....

Jours et horaires souhaités :

*inscrivez l'heure estimée d'arrivée pour inscrire votre/vos enfants à une journée

<i>jours</i>	<i>Horaires d'arrivés*</i>	<i>jours</i>	<i>Horaires*</i>
<i>Lundi 12/04</i>		<i>Lundi 19/04</i>	
<i>Mardi 13/04</i>		<i>Mardi 20/04</i>	
<i>Mercredi 14/04</i>		<i>Mercredi 21/04</i>	
<i>Jeudi 15/04</i>		<i>Jeudi 22/04</i>	
<i>Vendredi 16/04</i>		<i>Vendredi 23/04</i>	

Renseignements parents :

Parent 1 ayant droit Madame Monsieur

Fournir obligatoirement un justificatif prouvant la profession

Nom: Prénom:

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. Professionnel: Mail :

Profession :Employeur:

Parent 2 Madame Monsieur

Fournir obligatoirement une attestation sur l'honneur justifiant de l'incapacité de garde

Nom: Prénom: Date de naissance :

Si différent, adresse :

Si différent tél. domicile : Tél. portable :

Tél. Professionnel: Si différent mail :

Profession :Employeur:

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Nom du médecin traitant :

Adresse :



Je soussigné(e) 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.

Signature :

- Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit prioritairement ?

VACCINATIONS :

Fournir obligatoirement la photocopie des vaccinations se trouvant dans le carnet de santé.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

TRAITEMENT et/ou ALLERGIES

- **L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI / NON**

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- **Allergies :**

Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler) :

.....
.....

* Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre :

.....
.....

*Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ?

.....

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents)

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

AUTORISATION PARENTALE

Droit à l'image :

« Toute personne à, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation »

J'autorise / Je n'autorise pas ... la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées par le centre de loisirs à des fins d'illustrations dans ses différents supports de communication : site internet, journaux ...

J'autorise l'enfant :

- à participer aux activités organisées par l'association

OUI; NON

Je m'engage :

- à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

- à prévenir le centre de tout désistement la veille du jour concerné avant 12h, le vendredi pour le week-end et le lundi

- à mettre à mon enfant des vêtements adaptés aux activités proposées (baskets, chapeau...) marqués au nom de l'enfant.

Je soussigné(e)déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date et Signature du responsable

Précédées de la mention «lu et approuvé »