



ASSOCIATION FOYER RURAL DE PAILLET

Accueil de loisirs et PÉriscolaire

Dossier d'inscription Année 2021/2022

Photo
Obligatoire

PIÈCES A FOURNIR : * Fiche d'inscription * Fiche sanitaire * Coupon règlement intérieur * photocopie des vaccinations obligatoires (DT-POLIO) * Attestation de responsabilité civile extrascolaire * attestation sécurité sociale * Attestation Quotient Familial * feuille d'imposition sur les revenus 2020

Accueil 3/5 ans

Accueil 6/17 ans

ENFANT (1 dossier par enfant) :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

Numéro Allocataire CAF obligatoire

Quotient familial.....

INFORMATIONS PERE MERE

<u>INFORMATIONS obligatoires</u>	Père	Mère
AUTORITÉ PARENTALE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
NOM	Mr	ME.....
PRÉNOM	.....	.....
ADRESSE	..........	..........
TEL DOMICILE	.....	.....
TEL PRO	.....	.....
TEL MOBILE	.....	.....
PROFESSION		
N° SECURITÉ SOCIALE		
ADRESSE MAIL		
ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE COUVRANT L'ENFANT	ASSUREUR :..... N° DE CONTRAT :	
RÉGIME	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RÉGIME MARITIME <input type="checkbox"/> AUTRE :.....	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RÉGIME MARITIME <input type="checkbox"/> AUTRE :.....
N° ALLOCATAIRE		

SITUATION FAMILIALE

Mariés Pacsés Vie maritale Veuf (ve) Célibataire
 Séparés (1) Divorcés (1) précisez si : Garde alternée (1)
 (1) DANS CE CAS, JOINDRE LA COPIE DE L'EXTRAIT DE JUGEMENT JUSTIFIANT DE LA RESPONSABILITÉ DE(S) L'ENFANT(S) ET DES DROITS DE GARDE.

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE : (si la direction est dans l'impossibilité de prévenir les parents).

MR/ME :

ADRESSE

DOMICILE : PORTABLE :

QUALITÉ : (parents, grands-parents, voisins...) :

AUTORISATIONS PARENTALES (pour l'année scolaire en cours)

Merci de préciser les personnes ayant l'autorisation ou éventuellement l'interdiction par décision de justice (1) de venir chercher l'enfant :

NOM ET PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ	AUTORISATION	
			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant âgé de 7 ans révolus, à rentrer seul à son domicile après la journée au centre de loisirs.			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<u>J'autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à :</u>				
- photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités organisées par les centres de loisirs du Foyer Rural,			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- publier par voie de presse (journal du centre), ou sur le site Internet du Foyer Rural, les photographies ou vidéos représentant mon enfant dans le cadre des activités organisées par les centres de Loisirs du Foyer Rural,			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- projeter sur écran ou sous forme d'exposition, lors de manifestations organisées par les centres de loisirs du Foyer Rural, les photographies ou vidéos représentant mon enfant dans le cadre des activités organisées par les centres de loisirs du Foyer Rural.			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Je prends note que les équipes des centres de loisirs s'engagent à :

- privilégier les photographies de groupe,
- ne publier que des photographies qui représentent les enfants dans le contexte de l'activité organisée par les centres de loisirs.

Fiche sanitaire de liaison

Centres de loisirs du Foyer Rural de Paillet

. JOINDRE LES COPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTÉ RELATIVES AUX VACCINATIONS. SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

Vaccinations :

	Antidiphtérique	Antitétanique	Antipoliomyélitique
DATE DU VACCIN			
DATE DU DERNIER RAPPEL			

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rubéole 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"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Votre enfant a-t-il des réactions allergiques (asthme, alimentaires), médicamenteuses ou autres ?

OUI NON

Si oui, merci préciser lesquelles

.....

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ?

OUI NON

Si oui, merci de préciser lequel :.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI?

OUI NON joindre une copie

JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE

(LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS SONT À REMETTRE AU RESPONSABLE DE CHAQUE ACTIVITÉ DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE, MARQUÉS AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE)

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ AUX ENFANTS SANS ORDONNANCE

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...) ?

OUI NON si oui, précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèse dentaire...)

Repas sans porc (un substitut sera proposé) : OUI NON

A remplir obligatoirement

Je soussigné(e), Madame, Monsieur :

En qualité de : père mère représentant légal certifié exacts
les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Pour les allocataires CAF: la structure peut être appelée à consulter le site officiel CDAP de la CAF de la Gironde

Dans tous les cas, vous devez fournir votre avis d'imposition de l'année en cours. Si nous n'avons pas les moyens de connaître vos revenus, le tarif journée maximum sera appliqué (cf. règlement intérieur)

Fait àle/...../..... Signature