

Dossier d'inscription
Accueil de loisirs de Rognes
Année scolaire 2016-2017

La constitution de ce dossier vous permet d'inscrire votre/vos enfant(s) aux services suivants :

- Accueil périscolaire à l'école élémentaire (avant et après l'école)
- Accueil de loisirs du mercredi
- Accueil de loisirs vacances scolaires et séjours
- Nouvelles activités périscolaires (NAP du vendredi après-midi)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX (1 document par famille)

Constitution de la fratrie : nom et prénom : _____ Age : _____
 nom et prénom : _____ Age : _____
 nom et prénom : _____ Age : _____
 nom et prénom : _____ Age : _____

Mère : Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Ville et CP : _____ @ : _____
 N°portable : _____ N°fixe : _____
 Profession : _____ N°pro : _____

Père : Nom: _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Ville et CP : _____ @ : _____
 N°portable : _____ N°fixe : _____
 Profession : _____ N°pro : _____

Autre responsable légal :
 Nom: _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Ville et CP : _____ @ : _____
 N°portable : _____ N°fixe : _____
 Profession : _____ N°pro : _____

Régime de couverture social :
 Régime général, n°allocataire CAF : _____
 Régime MSA, n°allocataire MSA : _____

Le tarif maximum sera automatiquement appliqué aux familles qui ne fourniront pas un justificatif de leur quotient familial

Personnes, autres que les parents, autorisées à prendre votre/vos enfants et à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

Nom et prénom : _____ n° de tel : _____

AUTORISATIONS et ATTESTATIONS

Je soussigné(e) _____ , responsable légale, autorise :

Mon/mes enfant(s) à :

→ Participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)

→ Participer aux sorties

→ Voyager en voiture individuelle ou par moyen de transport collectif

L'association organisatrice à :

→ Présenter mon/mes enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

(Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels)

→ A photographier ou filmer mon/mes enfant(s) : **oui non** (*rayez la mention inutile*)

(Les photos et vidéos seront utilisées à des fins uniquement pédagogique et pour les outils de communication de l'association Familles Rurales de Rognes)

J'autorise le personnel administratif de l'association Familles Rurales de Rognes à accéder à mon espace personnel CAF PRO ou MSA PRO pour prendre connaissance de mon quotient familial.

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs de l'association Familles Rurales de Rognes. Et m'engage à respecter toutes les conditions de celui-ci. Ainsi qu'avoir pris connaissance des tarifs en vigueur et m'engage à régler les prestations relatives aux différentes présences de mon/mes enfant(s).

Date et Signature

FICHE SANITAIRE (1 document par enfant)

Nom et prénom du ou des responsables légaux : _____

L'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe à la rentrée 2016/2017 : _____

Garçon – Fille (*rayez la mention inutile*)

Vaccination

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Rubéole Oreillons Rougeole (ROR)	
Tétanos				Coqueluche	
Poliomyélite				BCG	
				Autres (préciser)	

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

Renseignements médicaux concernant l'enfant

→ L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : Oui Non Préciser à quoi : _____

Allergies Médicamenteuses : Oui Non Préciser à quoi : _____

Autres allergies : Oui Non Préciser à quoi : _____

Asthme : Oui Non

Diabète : Oui Non

Epilepsie : Oui Non

Autres : Oui Non Préciser : _____

→ 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 au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament de pourra être administré sans ordonnance.***

→ Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

→ Un PAI, protocole d'accueil individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire : Oui Non

Si oui, fournir au dossier une copie du PAI.

→ L'enfant porte-t-il : des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez :

→ Natation : L'enfant sait-il nager ? Oui Non

→ J'autorise mon enfant à se baigner dans le cadre de l'accueil de loisirs ? Oui Non

→ Nom et Téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e), _____ , responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et Signature :

**Familles
rurales**
Vivre mieux !

Association
de Rognes

