



FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2016/2017

Centre :

L'ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de naissance : ___/___/___ Lieu de naissance :
Sexe : Fille Garçon Age :
Adresse :
Ville : Code postal :
N° sécurité social :
L'Enfant a-t-il déjà été inscrit à l'UFEL ? Oui Non

RESPONSABLE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

► Mère

Nom :
Prénom :
Adresse (si différente de l'enfant) :
Ville :
Code postal :
Tél (domicile) :
Tél (travail) :
Portable :
Employeur :

► Père

Nom :
Prénom :
Adresse (si différente de l'enfant) :
Ville :
Code postal :
Tél (domicile) :
Tél (travail) :
Portable :
Employeur :

Situation familiale : Célibataire Marié Pacsé Concubinage Union libre

Personne à facturer : Père Mère Couple

Préciser une adresse mail pour recevoir les informations de l'accueil de loisirs et permettant l'accès au portail famille :
.....

► Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales

Caisse d'allocation familiales de :
 MSA :
 Autres :
Numéro d'allocataire :

PIECES A FOURNIR :

- Photocopie du carnet de vaccination Avis d'imposition Attestation de responsabilité civile
 Certificat médical (Apte à vivre en collectivité de moins de 3 mois)

Je soussigné : Responsable légal de l'enfant :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier, et m'engage à régler les factures respectant ses conditions.
- ✓ s'engage à communiquer au directeur tout changement de situation familiale (adresse...) par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.
- ✓ Autorise le directeur ou son représentant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ___/___/___

« Lu et approuvé »

Signature :

**A U T O R I S A T I O N D E R E P R O D U C T I O N E T D E
D I F F U S I O N D E P H O T O G R A P H I E
« P E R S O N N E M I N E U R E T O U S O U S T U T E L L E »**

Je soussigné (e)	Nom, Prénom :
Domicilié (e)	A :
Agissant en qualité de représentant légal parent ou tuteur, de :	(préciser l'identité de la personne photographe mineur et ou sous tutelle)
	Prénom
	Nom
	Adresse

- ✓ **Autorise l'Ufcv à utiliser les photographies sur lesquelles apparaît l'enfant / la personne sous mentionné(e), et qui ont été réalisées dans le cadre mentionné ci-après.**
- ✓ **Donne cette autorisation pour parution dans les supports d'information et de promotion des activités de l'Ufcv (catalogues, journal d'information, brochures, affiches, CD-Rom, sites officiels Ufcv et toute autre publication que l'Ufcv estimera utile à sa communication).**
- ✓ **Donne cette autorisation à titre gracieux pour une période de cinq ans renouvelable par tacite reconduction pour la France (et monde entier exclusivement sur les sites Internet de l'Ufcv).**

Prise de vues effectuée à

.....
Du ___/___/___ au ___/___/___



**L'UFCV S'INTERDIT FORMELLEMENT TOUTE AUTRE UTILISATION, ET GARANTIT QUE
LES PHOTOGRAPHIES NE POURRONT ETRE CEDEES OU VENDUES A DES TIERS**

Date : ___/___/___

« Lu et approuvé »
Signature ►

Fait à : _____



Code de l'action sociale et des familles

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui		non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (<i>préciser</i>)					
ou Tétracoq											
B.C.G.											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

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

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses : oui non asthme : oui non

Alimentaires oui non

Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

Renseignements particuliers

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

L'enfant peut-il rentrer seul chez lui ? Oui Non

Si « non » avec qui repart-il :

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : travail : portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **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 (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :