



FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2017/2018

Centre :

La Providence Sainte Famille Sainte Clotilde Poulainville Autres :

L'ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de naissance : ___/___/___ lieu de naissance :
Age :
Sexe : Fille Garçon
Adresse :
Ville : Code postal :

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 :
N° sécurité Sociale :
En cas d'urgence prévenir (si le responsable légal n'est pas joignable) :

► Père

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

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

► Renseignements relatifs a votre régime d'allocations familiales

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

L'enfant a-t-il déjà été inscrit à l'UFCV ? Oui Non

PIECES A FOURNIR :

Photocopie du carnet de vaccination Avis d'imposition Photocopie de la carte loisirs
 Attestation de responsabilité civile Certificat médical

Je soussigné : Responsable légal de l'enfant :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier,
- ✓ 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 ►



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		Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui		Date
	non	non			non	non	
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 oui non

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

J'autorise mon enfant à repartir seul à la maison : oui non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom	Lien avec enfant	Numéro de téléphone

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, le 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 :



AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE « PERSONNE MINEUR ET OU SOUS TUTELLE »

Je soussigné(e)	Prénom :..... Nom :.....
Domicilié(e)	A :.....
Agissant en qualité de représentant légal parent ou tuteur, de :	(préciser l'identité de la personne photographier 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	Accueil de loisirs précité Du 01/09/2017 au 31/07/2018
----------------------------------	---



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

Date : ___/___/___

Fait à : _____

« Lu et approuvé »
Signatures des deux parents ►