



# Fiche d'inscription

## 1 L'ENFANT

Nom: ..... Prénom: .....

Garçon  Fille Date de naissance : .....

## 2 L'ACCUEIL UFCV

Site d'accueil : .....

ACCUEIL DE LOISIRS  ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

## 3 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre : .....

Nom: ..... Prénom: ..... Email .....

Adresse: ..... CP: ..... Ville: .....

Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

La facturation est faite par défaut au responsable N°1. Pour facturer le responsable N°2, merci de cocher cette case :

## 4 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre : .....

Nom: ..... Prénom: ..... Email .....

Adresse: ..... CP: ..... Ville: .....

Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

## 5 ENFANTS À CHARGE Nombre: ..... (Joindre un justificatif)

## 6 RENSEIGNEMENTS CAF

Caisse d'Allocations Familiales ou MSA ou autres régimes ( à préciser) de : .....

N° d'allocataire : .....

## 7 OPTIONS D'INSCRIPTION (fonction du règlement de votre structure)

Si accueil de loisirs

Les mercredis  Les vacances d'été

Les petites vacances

Si accueil périscolaire

Ecole maternelle de .....

Ecole Élémentaire de .....

L'inscription à ces périodes ne constitue pas une réservation. Il s'agit seulement de préciser les périodes auxquels votre enfant sera susceptible de participer

## 8 OPTIONS DE RÈGLEMENT

Souhaitez-vous régler vos factures ?

par chèque envoyé à la délégation Ufcv

par prélèvement automatique (joindre un RIB)

par carte bleue dans votre espace internet personnel

par courrier

## 9 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil et je l'accepte dans son intégralité.
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par la structure d'accueil.
- J'autorise la direction de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à l'accueil de mon enfant à réception du relevé de frais.
- J'autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial sur le site de la Caf.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.

### Rappel des Pièces à joindre au dossier :

- Copie du **dernier avis d'imposition** ou **attestation de la CAF** indiquant le quotient familial.
- Copie du **justificatif d'Aide au Temps Libre** pour les familles en bénéficiant.
- **RIB** si vous avez choisi le prélèvement automatique.

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:



# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

## 1 L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance: ...../...../.....  Garçon  Fille

## 2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père  Mère  Autre : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

Parent 1: ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

Parent 2: ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

Numéro de sécurité sociale : ..... Adresse de votre CPAM : .....

## 3 VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphthérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT pol io			
Ou Tetracoq			
Autres (préciser)			

VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DU DERNIER RAPPEL
Hépatite B	
Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Coqueluche	
Autre (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. **ATTENTION ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

## 4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

### 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

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

### Vous enfants à t'il des allergies

Asthme OUI  NON

Médicamenteuses OUI  NON

Alimentaires OUI  NON

Si autre, préciser ci-contre :

**Indiquez ci-après :** les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

### Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....  
.....  
.....

## 5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Nom du signataire:

Signature:

Le:



# Fiche d'autorisations

Nom de la structure d'accueil : .....

Année scolaire : .....

## 1 L'ENFANT

Nom: ..... Prénom:..... Date de Naissance: ...../...../.....  Garçon  Fille

## 2 LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom: ..... Prénom:..... Lien avec l'enfant :  Père  Mère  
 Autre, précisez : .....

## 3 DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'Ufcv à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet Ufcv, site de la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée indéterminée et à des fins non commerciales en France.

Fait à :

Le :

Signature:

## 4 AUTORISATION DE SORTIE

En tant que responsable légal, j'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ de l'accueil. Ces dernières devront se munir d'une preuve d'identité, ce sans quoi l'enfant ne pourrait quitter l'accueil. L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours, sauf si j'indique une date de fin en quatrième colonne du tableau.

NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	DATE DE FIN DE VALIDITÉ

Fait à :

Le :

Signature: