



Centre d'animation Beauregard L'Evêque

S'INSCRIRE



**Centre d'Animation Beauregard
l'Evêque :**
Rue de l'école
63 116 Beauregard l'Evêque
aura@ufcv.fr

Centre de facturation et paiement :
Ufcv Auvergne
11 rue Montlosier – 63000 Clermont Fd
Tel : 04 73 74 45 60 - Fax : 04 73 91 08 44
auvergne@ufcv.fr



Fiche inscription Beauregard l'Evêque

1 L'ENFANT

Nom: Prénom: Garçon Fille

Date de naissance :

Coller ici une
photo de l'enfant

2 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof

Profession :

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

3 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof

Profession :

4 ENFANTS À CHARGE Nombre:

5 RENSEIGNEMENTS CAF

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

N° d'allocataire :

6 REGIME APPARTENANCE *

Régime général, Fonctionnaires, SNCF, EDF

Autre

* Rappel : le régime est déterminé en fonction de l'organisme auquel la famille demande ou demanderait pour son enfant les prestations familiales (allocations familiales, complément familial...).

7 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 médicales, hospitalisation, intervention chirurgicales) 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 pour les personnes non allocataires** ou **attestation de la CAF** indiquant le quotient familial pour les HORS DEPARTEMENT
- OU Attestation QF MSA pour les personnes relevant du régime agricole

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)

Obligatoire : Fournir la photocopie du carnet de santé avec les vaccins à jours.

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 :

Rubéole	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"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Oreillons	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Votre enfants a-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 l'accueil de loisirs :

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 pas 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	NUMEROS DE TELEPHONE

Fait à : Le : Signature: