



FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS UFCV

Centre :

L'ENFANT :

Nom : Prénom :
Date 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 :

► Père

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

► Renseignements relatifs a votre régime d'allocation familiales

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

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

INSCRIPTION :

Mercredis QF :
Vacances de Février Pâques Juillet Août Toussaint Noël

Période	Coût Centre	Garderie	Repas	Camping	TOTAL
				TOTAL	

► Mode de paiement : Chèque Chèque vacances Espèces Bon CAF

TOTAL :

Je soussigné : Responsable légal de l'enfant :

- ✓ Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier,
- ✓ S'engage à transmettre le fiche sanitaire de mon enfant avant le premier jour du centre,
- ✓ S'engage à communiquer au directeur tout changement de situation familiale (adresse...) par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.

Date : ___/___/___

« Lu et approuvé »
Signature ►



FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL DE LOISIRS UFCV

► VACCINATION (joindre une photocopie des vaccinations)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
				Autres (préciser)	



SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRES UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

► RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'accueil de loisirs ? 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 !

► L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	VARICELLE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ANGINE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	RHUMATISME <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	SCARLATINE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
COQUELUCHE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	OTITE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ROUGEOLE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	OREILLONS <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

► ALLERGIES

POUSSIERES <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ALIMENTAIRES <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	MEDICAMENTEUSES <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	POILS ET PLUMES <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	AUTRES : - -
--	--	---	---	---------------------------

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

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

► **DIFFICULTE DE SANTE**

Préciser si l'enfant connaît des difficultés de santé (maladie, accident, opération, hospitalisation, ...)
En précisant les dates et les précautions à prendre :

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

► **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

- L'enfant porte-t-il des lentilles ? Oui Non
- L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non
- L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? Oui Non
- L'enfant porte-t-il des prothèse dentaires ? Oui Non

Autres :

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

► **HABITUDE DE L'ENFANT**

ENDORMISSEMENT

- L'enfant fait-il la sieste ? Oui Non
- L'enfant dort-il avec un doudou ? Oui Non
- L'enfant dort-il avec une tétine ? Oui Non
- L'enfant a-t-il un rituel particulier ? Oui Non

Si **OUI**, lequel (une chanson, une petite lumière, ...) :

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

REPAS

- L'enfant est-il sous Protocole Alimentaire Individualisé ? Oui Non
- L'enfant goûte-t-il de tout ? Oui Non
- Quel est l'appétit de l'enfant ?.....



**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)	Prénom :..... Nom :.....
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 : _____	(signatures des deux parents pour un enfants mineur)