



# FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2018/2019



**Centre :**

**Poulainville**

## 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 : .....

**J'autorise l'Ufcv à utiliser mon adresse mail : réception de la facture, informations de l'accueil de loisirs et accès au portail famille:**

### ► Renseignements relatifs à 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.

<b>Enfant :</b>	<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
	oui	non			oui	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 :**

---



---



---





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

<b>Je soussigné(e)</b>	Prénom :..... Nom :.....
<b>Domicilié(e)</b>	A :.....
<b>Agissant en qualité de représentant légal parent ou tuteur, de :</b>	(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).

<b>Prise de vues effectuée à</b>	Accueil de loisirs précité Du 01/09/2018 au 31/07/2019
----------------------------------	---



**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 ►