



Fiche de Renseignements 2017/2018

Photo

(A remplir obligatoirement avant fréquentation, pour chaque enfant)

Enfant à inscrire

Nom : Sexe : F M

Prénom :

Adresse :
.....
.....

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Ecole fréquentée :

Classe :
(à remplir obligatoirement)

Activités

Accueil de loisirs
- Mercredi
 - Vacances

Accompagnement
à la scolarité

Baby Sport
 Eveil Basket

Danse Classique
 Danse Modern'Jazz
 Danses Urbaines

Basse
 Batterie
 Chant
 Guitare Classique
 Guitare Electrique
 Musique en groupe

Multimédia
 Vidéo - WebTV

Théâtre

Pédibus : Prise en charge par l'Accueil de Loisirs à la sortie de l'école

Ateliers du soir : Villeneuve Saint Joseph Colombier

Mercredi midi : Villeneuve

Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

N°1
Nom :
Prénom :
Adresse (si différente) :
.....
Téléphone domicile:
Téléphone portable:
Mail :
@.....

N°2
Nom :
Prénom :
Adresse (si différente) :
.....
Téléphone domicile:
Téléphone portable:
Mail :
@.....

Numéro de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant : ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | - | ____ |

Renseignements complémentaires (pour l'inscription au Centre de Loisirs et au Pédibus joindre la fiche sanitaire de liaison)

Vaccination DT Polio (date du dernier rappel) : ____ / ____ / ____

Allergies > Alimentaires Précisez :
> Médicamenteuses Précisez :

Votre enfant a besoin d'un accompagnement spécifique : Précisez :

Votre enfant a besoin d'un accompagnement médical : (Diabète, hémophilie, asthme, etc)
Précisez :

Autre :

Medecin traitant : Téléphone :

En cas d'urgence

Prévenir : Nom, Prénom : Téléphone :

Nom, Prénom : Téléphone :

Nom, Prénom : Téléphone :

Pièces à fournir

La fiche de renseignements remplie et signée

La photo d'identité (facultatif)

Pour toute inscription au Centre de Loisirs (y compris Pédibus), une fiche sanitaire de liaison, une copie du carnet de vaccination et un justificatif de quotient familial

Un certificat médical pour toute inscription à une activité sportive (Baby sport, Eveil Basket, Danses)

Le règlement de la cotisation

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE ! Merci de votre compréhension

Accueil de Loisirs et Pédibus

Etes-vous allocataire : CAF MSA Autre (préciser) :

Numéro d'allocataire obligatoire :

Pour toute inscription au Centre de Loisirs :

joindre un justificatif de quotient familial ou

Quotient familial :

autoriser le directeur à consulter votre dossier sur le site de CafPro

Tranche : T1 T2 T3 T4 T5

Centre de Loisirs Mercredis :

Matin

Après-midi

Journée entière

Repas

Vacances

Automne

Noël

Hiver

Printemps

Été

Cotisation annuelle ALSH journée entière ou demi-journée du mercredi : €

Règlement : Chèques

Espèces

Chèques-vacances

Autre :

Nombre de chèques :

Date du paiement : ____ / ____ / ____

Banque :

N°

Nom du payeur

Montant €

N°

Nom du payeur

Montant €

N°

Nom du payeur

Montant €

Ateliers

Activités : Lundi : Heure :

Mardi : Heure :

Mercredi : Heure :

Jeudi : Heure :

Vendredi : Heure :

Samedi : Heure :

Activité sportive, date du certificat médical : ____ / ____ / ____

Cotisation annuelle de l'activité :€

Option : Musique en groupe :€

Montant total :€

Règlement : Chèques

Espèces

Chèques-vacances

Autre :

Nombre de Chèques :

Date du paiement : ____ / ____ / ____

Banque :

N°

Nom du payeur

Montant €

N°

Nom du payeur

Montant €

N°

Nom du payeur

Montant €

Autorisations diverses

1 - Arrivée-Départ

Votre enfant se rend-il seul à l'accueil de loisirs ou aux activités ?

Oui

Non

Votre enfant rentre-t-il seul à son domicile après ses activités ?

Oui

Non

Si oui, précisez l'heure de départ.....

Si non, noter les personnes autorisées à venir chercher l'enfant en dehors des responsables légaux

Nom, Prénom : Téléphone :

Nom, Prénom : Téléphone :

Nom, Prénom : Téléphone :

Nota : Toute modification des conditions de départ de votre enfant doit être obligatoirement signalé par écrit.

Les enfants ne sont plus sous la responsabilité du Cercle Paul Bert après avoir quitté l'établissement.

Nous vous demandons de bien vouloir prévenir l'animateur ou le secrétariat en cas d'absence de votre enfant.

2 - Baignade :

J'autorise mon enfant à participer aux activités piscine ou bain surveillé :

Oui

Non

3 - Droit à l'image

J'autorise le Cercle Paul Bert Ginguéné à prendre mon enfant en photo durant les activités :

Oui

Non

J'autorise le Cercle Paul Bert Ginguéné à diffuser l'image de mon enfant pour illustrer ou

présenter les projets des enfants ou du Cercle Paul Bert :

Oui

Non

4 - Soins

J'autorise le Directeur à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence :

Oui

Non

Je, soussigné (Nom, Prénom), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement, des modalités d'accueil et de transfert de garde, des modalités d'assurances de l'association Cercle Paul Bert.

Date : ____ / ____ / ____

Signature

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?
oui non

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

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM **PRENOM**

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)
.....
.....

TEL DOMICILE : **TEL. TRAVAIL :**

TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR
COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :

.....
.....
OBSERVATIONS :
.....
.....
.....
.....