

DÉPARTEMENT
DES ALPES MARITIMES
MAIRIE D'ISOLA
06420

TÉLÉPHONE : 04 93 23 23 23
TÉLÉCOPIE : 04 93 02 18 06



Centre de loisirs « les Cabris »

N° allocataire CAF :

Adresse e-mail :

FICHE D'INSCRIPTION

Enfants

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Coordonnées des parents ou responsables légaux :

Parent 1 :

Nom :

Prénom : Tel :

Mail :

Adresse Principale :

Ville : Code Postale :

Résidence de(s) enfant(s)* : OUI - NON

Adresse Station :

Profession :

Employeur : Tel employeur :

CSP* : Agriculteur - Artisan, commerçant, chef d'ent - Cadre - Employé - Ouvrier - Sans profession

* entourer

Parent 2 :

Nom :

Prénom : Tel :

Mail :

Adresse Principale (si différente du parent 1)

Ville : Code Postale :

Résidence de(s) enfant(s)* : OUI - NON

Adresse Station :

Profession :.....

Employeur :..... Tel employeur :

CSP* : Agriculteur - Artisan, commerçant, chef d'ent - Cadre - Employé - Ouvrier - Sans profession

* entourer

Situation familiale :

Marié ☐ Pacsé ☐ Divorcé ☐ Célibataire ☐ Etat marital ☐

Nombre d'enfant à charge :

Coordonnées personne à prévenir en cas d'urgence:

Personne si possible présente sur la station

Nom : Prénom :

Tel :

Règlement intérieur :

Nous soussignés (noms, prénoms)

parents ou représentants légaux de (des) l'enfant(s) (noms, prénoms)

.....

avons pris connaissance du Règlement Intérieur et nous nous engageons à le respecter.

Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et nous nous engageons à informer la directrice de toute modification. (adresse, numéros, santé...)

Fait à,

Le.....

Signature des parents ou responsables légaux

AUTORISATIONS DIVERS

Nous soussignés (noms, prénoms),
parents ou responsables légaux de (des) l'enfant(s) (noms, prénoms)
.....

Entourez selon vos choix

Autorisons - N'autorisons pas notre enfant à effectuer des sorties hors du centre de loisirs ou de la commune et à utiliser le mini bus de la commune conduit par les animateurs ou la navette inter villages pour les déplacements.

Autorisons - N'autorisons pas notre enfant à participer aux activités de baignades ou nautiques prévues.

Autorisons - N'autorisons pas notre enfant à être maquillé par l'équipe d'animation ou lors d'activités extérieur.

Autorisons - N'autorisons pas notre enfant de plus de 6 ans à rentrer seul à 12h pour une inscription matinée sans repas, entre 13h et 13h30 pour une inscription matinée plus repas ou à partir de 16h30 après le centre de loisirs.

Autorisons - N'autorisons pas notre enfant de plus de 6 ans à partir en ski pour rejoindre son moniteur et suivre son cours.

Autorisons - N'autorisons pas notre enfant à manger les goûters préparés/cuisinés sur place par les animateurs, les autres enfants ou acheté.

Autorisons - N'Autorisons pas le personnel de l'ACM les Cabris à prendre mon enfant en photo pour le groupe WhatsApp réservé aux parents.

Et nous **Autorisons - N'autorisons pas**, La diffusion de ses photos sur divers supports : réseaux sociaux, affiches, presse, expositions, WhatsApp ou autres ...

Elles seront utilisées pour faire la promotion du centre de loisirs, ou dans le cadre d'activités organisées avec des prestataires ou partenaires.

Il ne s'agira pas de photographie individuelle d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activités.

En application de la loi informatique, des libertés, et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille, seuls les prénoms peuvent être utilisés.

La loi nous oblige à avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

Autorisons – N'Autorisons pas la directrice de l'ACM « les Cabris » et le logiciel CDAP afin de calculer mon quotient familial.

Nous avons lu et compris les informations.

Nous confirmons les autorisations.

Nous attestons la véracité des renseignements donnés.

Fait à,

Le.....

Signatures des parents ou responsables légaux

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MES ENFANTS
A L'ACM « les CABRIS »**

Nous soussignés.....
parents ou responsables légaux de(s) l'enfant(s) (Nom, prénom) :
.....
.....

AUTORISONS :

M. ou Mme.....
à récupérer notre (nos) enfant(s)
N° de tel :.....

M. ou Mme.....
à récupérer notre (nos) enfant(s)
N° de tel :.....

M. ou Mme.....
à récupérer notre (nos) enfant(s)
N° de tel :.....

M. ou Mme.....
à récupérer notre (nos) enfant(s)
N° de tel :.....

Ces personnes devront être majeures et présenter obligatoirement leur pièce d'identité.

Fait à,
Le

Signature des parents ou responsables légaux

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

IMPORTANT : Si vous administrez un médicament à votre enfant avant son arrivée au centre de loisirs, il faut impérativement en informer la directrice ou l'équipe d'animation.

Obligatoire : fournir la photocopie du carnet de vaccination de l'enfant

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Poids : Taille :

ALLERGIES :

Votre enfant présente-t-il des allergies ? OUI - NON

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

.....
.....

SANTE :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI - NON

Votre enfant présente-t-il des difficultés/troubles de santé ? OUI - NON

Précisez la cause, la nature et la conduite à tenir :

.....
.....

PAI :

Votre enfant a-t-il un PAI ? OUI - NON

Si oui, celui-ci doit être communiqué à la directrice et l'équipe d'animation. Il doit être fournis dans une pochette au nom de l'enfant avec : le traitement (boîte de médicament dans l'emballage avec la notice et le nom de l'enfant) - une ordonnance récente - le PAI signé par le médecin.

REGIME ALIMENTAIRE :

VACCINS OBLIGATOIRES :

Diphtérie : Fait le Rappel

Tétanos : Fait le Rappel

Poliomyélite : Fait le Rappel

Ou DT Polio : Fait le Rappel
Ou Tétracoque : Fait le Rappel
BCG : Fait le Rappel

VACCINS RECOMANDES :

Hépatite B : Fait le Rappel
ROR : Fait le Rappel
Coqueluche : Fait le Rappel
Autres : Fait le Rappel

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : (entourez)

Varicelle - Rougeole - Oreillons - Rubéole - Scarlatine - Coqueluche - Otite -
Angine - Rhumatisme articulaire aigu - Autre :

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance !

Nom du médecin traitant : Tél :

ASSURANCE : (remplir si dessous ET fournir une attestation responsabilité civile)

Nom de la compagnie :

Numéro de Police :

Nous soussignés, parents ou responsables légaux de(s) l'enfant(s) déclarons exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de l'ACM « Les Cabris » à prendre le cas échéant toute mesure (interventions et traitements médicaux qui s'imposent : hospitalisation, interventions chirurgicales, transfusion) rendue nécessaire par l'état de l'enfant. Et nous nous engageons à informer la directrice de toute modification .

(Les frais inhérents à cette mesure restent à la charge des parents ou responsables légaux)

Fait à,

Le

Signatures des parents ou responsables légaux