

#### Le Participant.

NOM :		Photo à coller ici
Prénom :		
Date et lieu de naissance :		
Ecole et classe fréquentées	Sexe : M F	

#### Les responsables légaux.

<b>Responsable</b>	<b>Responsable N°1 :</b> <i>autre (1) .....</i>	<b>Responsable N°2 :</b> <i>autre (1) .....</i>
Nom et prénom		
Adresse du domicile		
Code postal et ville		
Tél. domicile		
Tél. travail		
Tél. mobile		
Email	@	@
Profession		
Employeur (nom et adresse)		
Date et lieu de naissance		
N° sécurité sociale		
N° allocataire CAF		
<b>Nombre d'enfant(s) du foyer</b>		

#### Personnes habilitées à venir chercher mon enfant.

Nom et prénom	Numéro de téléphone	Lien de parenté

J'autorise mon enfant à partir seul après l'école ou les activités :  OUI  NON

## Renseignements médicaux du participant.

ALLERGIES	ASTHMES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES	Précisez
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR				
..... ..... .....				
Médecin traitant :		Téléphone :		
<b>RESTAURATION SCOLAIRE</b> : choix du repas : <input type="checkbox"/> classique <input type="checkbox"/> sans viande <input type="checkbox"/> allergie (panier repas PAI obligatoire)				

## Déclaration du responsable légal.

*Pour être admis à l'accueil de loisirs « la clé des champs » cette déclaration devra obligatoirement être complétée et signée par le responsable légal du participant.*

Je soussigné, \_\_\_\_\_

responsable légal de l'enfant :

- Déclare les renseignements notifiés ci-dessus exacts,
- Demande l'inscription de mon enfant à l'accueil de loisirs « la clé des champs » et avoir pris connaissance du règlement intérieur,
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'accueil de loisirs « la clé des champs »,
- Autorise l'organisateur à utiliser les photos ou vidéos réalisées lors de ce séjour pour illustrer ses brochures ou autres supports d'information,
- Autorise le directeur et toute personne mandatée par lui, à transporter mon enfant en voiture en cas de nécessité ainsi qu'à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin consulté,
- M'engage à régler les frais de séjour et les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'opération éventuelle en l'absence de prise en charge médicale.
- Certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations et ne présente pas de contre indications à la pratique sportive.

À ....., le ..... Signature

Photocopie à joindre à cette fiche (chaque année)

- Pages des vaccinations du carnet de santé
- Assurance responsabilité civile et individuelle accident
- Attestation CPAM
- Mutuelle
- Aide aux loisirs (CAF) (mail de la CAF)
- Dernier avis d'imposition (si non allocataire CAF)