

Le Participant.

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

Les responsables légaux.

Responsable	Responsable N°1 : autre (1)	Responsable N°2 : autre (1)
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		
Nombre d'enfant(s) du foyer		

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 ☐ NON ☐	MEDICAMENTEUSE	OUI ☐ NON ☐
	ALIMENTAIRES	OUI ☐ NON ☐	AUTRES	Précisez
PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR				
				
Médecin traitant :		Téléphone :		
RESTAURATION SCOLAIRE : choix du repas : ☐ classique ☐ sans viande ☐ 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)