



PHOTO

PHOTO

PHOTO

PHOTO

②

③

④

ANNEE SCOLAIRE/.....

FICHE D'INSCRIPTION AUX ANIMATIONS COMMUNAUTAIRES

L'ENFANT :

		②	③	④
NOM - PRENOM				
Fille / Garçon	F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
Né(e) le.... à.....	à/...../.....	à/...../.....	à/...../.....	à/...../.....
Régime alimentaire				
Copie assurance extrascolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE RESPONSABLE LEGAL

JUGEMENT : oui non

PERE

MERE

NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 TEL/PORTABLE(S) :
 TELEPHONE(S) D'URGENCE :
 E.MAIL :
 N° MSA + Dépt : N° CAF + Dépt. :
 EMPLOYEUR :

NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 TEL/PORTABLE(S) :
 TELEPHONE(S) D'URGENCE :
 E.MAIL :

AUTRES PERSONNES MAJEURES POUVANT EVENTUELLEMENT VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT :

1 : Tél : 2 : Tél :
 3 : Tél : 4 : Tél :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Médecin traitant :

- **COPIE VACCINATIONS :** ① ② ③ ④
- **COPIE MALADIES « IMPORTANTES » :** ① ② ③ ④

(dans le carnet de santé)

Votre enfant suivra-t-il un traitement médical ici ?	Oui-Non	2	Oui-Non	3	Oui-Non	4	Oui-Non
Votre enfant a-t-il des allergies ?	Oui-Non	2	Oui-Non	3	Oui-Non	4	Oui-Non
ASTHME	Oui-Non	2	Oui-Non	3	Oui-Non	4	Oui-Non
ALIMENTAIRES Lesquelles ?		2		3		4	
MEDICAMENTEUSES Lesquelles ?		2		3		4	
Quelle est la conduite à tenir ?		2		3		4	

- ⚠ Si oui, merci de nous confier une ordonnance récente et les médicaments inscrits dessus (boîtes de médicaments avec leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant)
- ⚠ Merci de nous remettre un certificat médical

Je, soussigné(e) :

- Atteste l'exactitude des renseignements donnés aux animateurs communautaires et accepte que mon enfant participe à l'ensemble des activités prévues, ainsi qu'au transport inhérent à ce programme d'activités.
- Reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement intérieur des ALSH Communautaires; j'en accepte l'ensemble des conditions.
- Accepte que seule une personne majeure (1^{ère} page) puisse venir chercher mon enfant.
- Autorise mon enfant de 10 ans révolus à quitter seul l'ALSH : ① ② ③ ④
- → Je signe l'autorisation annexe correspondante
- Autorise la Direction à prendre toutes les décisions nécessaires à la sauvegarde de mon enfant.

Fait à, le .../.../.....

Signature :

DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné(e) Mme, Mr, Melle ^(*) :
Parent(s)/Tuteur de :

-, né(e) le / / à
- ②, né(e) le / / à
- ③, né(e) le / / à
- ④, né(e) le / / à

Demeurant :

Groupe :

Autorise – n'autorise pas ^(*) la COMMUNAUTÉ DES COMMUNES GIENNOISES à l'exploitation de l'image de mon enfant dans le cadre de ses activités sur tous supports ou formats, connus ou inconnus à ce jour (articles de journaux, dépliants publicitaires de la Communauté des Communes Giennaises, expositions photos, films des activités, travaux manuels, ...)

Fait à, le

Signature(s) :

PS : Nous contacter en cas d'annulation de ce droit.

*Merci de rayer les mentions inutiles