

<b>DOSSIER D'INSCRIPTION</b> <b>Année 2012</b>	<b>L'enfant :</b> Nom : ..... Prénom : ..... Date et lieu de naissance : ..... .....
---	--

**Les parents ou tuteur légal:**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
N°tel du domicile : ..... Portable : .....  
Profession : .....  
Nom de l'employeur : ..... Tel : .....  
  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse (si différent) : .....  
.....  
N°tel du domicile : ..... Portable : .....  
Profession : .....  
Nom de l'employeur : ..... Tel : .....

Allocataires :      CAF       MSA       AUTRE (précisez)   
N°allocataire CAF : .....  
N°de sécurité social sous lequel l'enfant est enregistré : .....  
Régime général :      Oui       Non

Pièces à fournir :

- Photocopie du livret de famille
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Fiche sanitaire signée et complétée (avec la photocopie des vaccins)
- Photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte mutuelle

**ATTENTION !!!**  
**SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT ACCEPTÉS**

<b>FICHE SANITAIRE</b> <b>Année 2012</b>	<b>L'enfant :</b> Nom : ..... Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....
---	---

**Vaccinations**

Fournir la photocopie des dates de vaccinations sur le carnet de l'enfant.

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant suit-il un traitement médical :            Oui             Non

Si oui, nous fournir une ordonnance récente ainsi que les médicaments prescrits dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.

**Nous ne pouvons pas donner de médicaments,  
les enfants doivent être autonomes**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

RUBEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLIONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

**Allergies :**    *Asthme*            Oui  Non             *Médicamenteuse*            Oui  Non   
                   *Alimentaire*        Oui  Non             *Autres* : .....

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

Indiquez ici les éventuelles difficultés de santé (accident, crises convulsives, opérations...) :  
 .....  
 .....  
 .....

**Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires) :**  
 .....  
 .....  
 .....

Nom et tel du médecin traitant : .....

## AUTORISATIONS

### ► **Autorisations médicales**

- J'autorise l'organisateur à :
- ✓ Transporter mon enfant par les moyens jugés nécessaires par l'organisateur
  - ✓ Prendre les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant, notamment l'hospitalisation et l'anesthésie générale
  - ✓ Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt

### ► **Activités, sorties, séjours**

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités, sorties et mini séjours organisés dans le cadre du centre de loisirs.

### ► **Personnes autorisées à venir chercher l'enfant, départ du centre**

- J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant au centre

Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
.....	.....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Tel domicile : .....	Tel domicile : .....
Tel portable : .....	Tel portable : .....
Lien avec l'enfant : .....	Lien avec l'enfant : .....

### Notes importantes

- ✓ **Toute autre personne devra avoir une autorisation écrite signée de la main du responsable légal.**
- ✓ **En cas de litige concernant la garde de l'enfant, vous devez nous fournir une photocopie de la décision de justice**

- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs **en mon absence** (seulement pour les enfants de plus de 7 ans)

- J'autorise mon enfant à repartir seul du centre de loisirs (seulement pour les enfants de plus de 7 ans)

### ► **Droit à l'image**

- J'autorise l'association ILEP à utiliser des photos/ vidéos de mon enfant, prise pendant les activités du centre de loisirs (périscolaire, mercredi et vacances) pour des activités de communication (plaquettes, site internet, affiches, etc.).

Je soussigné, tuteur légal de l'enfant : .....

Nom.....Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille (recto et verso).

Le .....à .....

Signature :