

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE 2023 / 2024

Accueil de loisirs Le Cabanon – Ecoles Edgar Quinet et Odette Joly - 01700 Miribel

| | | | |
|--|--|--|--|
| E N F A N T | <p>NOM : PRENOM : Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon</p> <p>NE(E) LE : AGE :ans</p> <p>Classe Ecole :</p> | | |
| A D M I N I S T R A T I F | <p>ADRESSE DU DOMICILE :</p> <p>CODE POSTAL VILLE ☎ Num URGENCE: / / / /</p> <p>Adresse mail famille :</p> <p>N° sécurité sociale rattachement enfant :</p> <p>CAF de : N° allocataire : Quotient Familial :</p> | | |
| P A R E N T 1 | <p>NOM Prénom Portable : / / / /</p> <p>PROFESSION EMPLOYEUR</p> <p>LIEU (trav.) TELEPHONE (travail) :</p> <p>SITUATION FAMILIALE</p> | | |
| P A R E N T 2 | <p>NOM Prénom Portable : / / / /</p> <p>PROFESSION EMPLOYEUR</p> <p>LIEU (trav.) TELEPHONE (travail) :</p> <p>SITUATION FAMILIALE</p> | | |
| S A N T E | <p>Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> Autre</p> <p><u>Vaccins :</u></p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>DT Polio / Trétracoq</u> 1^{er} vaccin : .../.../..... 2^{ème} vaccin : .../.../..... 3^{ème} vaccin : .../.../..... Dernier rappel : .../.../.....</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Autres Vaccinations</u> BCG : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ROR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre (précisez) :</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Difficultés de santé et/ou recommandations des parents :</p> <p>.....</p> | <p><u>DT Polio / Trétracoq</u> 1^{er} vaccin : .../.../..... 2^{ème} vaccin : .../.../..... 3^{ème} vaccin : .../.../..... Dernier rappel : .../.../.....</p> | <p><u>Autres Vaccinations</u> BCG : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ROR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre (précisez) :</p> |
| <p><u>DT Polio / Trétracoq</u> 1^{er} vaccin : .../.../..... 2^{ème} vaccin : .../.../..... 3^{ème} vaccin : .../.../..... Dernier rappel : .../.../.....</p> | <p><u>Autres Vaccinations</u> BCG : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ROR : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Autre (précisez) :</p> | | |

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant :

- Oui Non Autorise le responsable du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, selon les prescriptions du corps médical.
- Oui Non Autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées par le centre (sorties, piscine, activités sportives, etc...).
- Oui Non Autorise mon enfant à quitter seul le centre à la fin des activités et à rentrer seul.
Préciser l'heure : _____
- Oui Non Autorise mon enfant à quitter le centre avec M.
.....
.....
- Oui Non Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de la communication Léo Lagrange ou de la commune (presses, expositions, ouvrages, périodiques, réseaux sociaux, audiovisuel, site internet du Cabanon, supports interactifs, multimédia, notamment cd-rom, dvd...).
- Oui Non A pris connaissance du Règlement intérieur.

Fait à, le _____ Signature :

Pièces à fournir :

- Photocopie des vaccinations à jour.
- Attestation d'Allocataire CAF, MSA ou autre régime.
- Dernière page du règlement intérieur signé.