

# AMICALE LAÏQUE DE BOURG DE PEAGE

## Fiche d'Inscription Individuelle - Enfant 2020

### Centre Aéré de Papelissier

#### Documents à joindre

- Photocopie des vaccins
- Attestation de responsabilité civile
- N° d'allocataire CAF/MSA
- Quotient familial

#### L'Enfant :

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  M  F

Adresse : .....

N° CAF ou MSA : ..... QF : ..... Bon CAF : .....

#### Les responsables légaux :

*En cas de situation particulière, une copie du jugement mentionnant les termes de l'autorité et du droit de garde doit être remis*

**Mère :** Autorité parentale :  Oui  Non

Nom marital : .....

Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Situation familiale : .....

Adresse : .....

Tel : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

E.mail : \_\_\_\_\_

**Père :** Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Situation familiale : .....

Adresse : .....

Tel : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

E.mail : \_\_\_\_\_

#### **Autre responsable légal (personne physique ou morale) :**

1. Personne physique Autorité parentale :  Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

2. Personne morale : Autorité parentale :  Oui  Non

\* Organisme responsable de l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel : .....

\* Organisme chargé du suivi de l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel : .....

\* Personne référente de l'enfant : .....

Adresse : .....

Tel : .....

**Etablissement scolaire fréquenté** : ..... Classe : .....

**Alimentation** :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier :  Oui  Non

Si oui, précisez-en les modalités :

.....  
.....  
.....

**Coordonnées du médecin traitant de l'enfant** :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

**Vaccinations** : *seul le DTP est obligatoire à ce jour.*

Copie du carnet de vaccination :  Oui  Non

Joindre un certificat de contre-indication si l'enfant n'a pas son vaccin obligatoire.

**Traitement médical** :

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

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).*

*Attention, aucun médicament ne pourra être pris par l'enfant sans ordonnance médicale.*

**Pathologies** :

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

Rubéole :  Oui  Non

Scarlatine :  Oui  Non

Otite :  Oui  Non

Angine :  Oui  Non

Rhumatismes articulaires aigus :  Oui  Non

Varicelle :  Oui  Non

Coqueluche :  Oui  Non

Rougeole :  Oui  Non

Oreillons :  Oui  Non

**Allergies :**

Asthme :  Oui  Non

Alimentaire :  Oui  Non

Médicamenteuse :  Oui  Non

Autre :  Oui  Non

Automédication :  Oui  Non (se reporter à « traitement médical »)

Précisez la (les) conduites à tenir :

.....  
.....

**Recommandations des parents** : (Hospitalisation, crises, rééducation,...)

.....  
.....

Votre enfant porte-il des lunettes, lentilles, prothèses,... : (Précisez)

.....  
.....

**Autorisation de prise en charge de l'enfant (par un tiers majeur) :**

Je soussigné, responsable légal de l'enfant....., autorise :

Mr, Mme..... demeurant :

.....

Mr, Mme..... demeurant :

.....

À prendre en charge mon enfant,..... à la fin de l'activité **sous mon entière responsabilité.**

Mon enfant,..... à quitter seul et avec l'autorisation des responsables du Centre Aéré, le lieu d'activité à ....h.... **sous mon entière responsabilité.**

Je soussigné(e),....., responsable de l'enfant.....

né(e) le .../.../...., autorise mon enfant à participer aux transports et activités du Centre Aéré pour l'année 2020.

Déclare :

Détenir l'autorité parentale de l'enfant : .....

Exactes les renseignements portés sur ces fiches.

Autoriser les responsables des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale,etc...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je m'engage à répondre aux convocations du Directeur du séjour.

Attester que mon enfant est à jour de ses vaccins obligatoires en CLSH.

Autoriser l'utilisation et la diffusion des photos et vidéos prises dans le cadre des activités de l'Association, pour la durée de vie de l'Association.

Fait à Bourg de Péage, le .../.../....

Nom, qualité et signature du responsable légal :