**INSCRIPTION MERCREDI LOISIRS**

**LEPINE – 2022 / 2023**

**6-12 ANS**

|  |  |
| --- | --- |
| **L’enfant** |  |

**Nom : ………………………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………………………..**

**Date de naissance : ………………………………………………………………………………. Age : …………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **Les responsables légaux**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Le pèreOU autre : ……………… | La mèreOU autre : …………………. |
| Nom  |  |  |
| Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Tél domicile : |  |  |
| Tél portable : |  |  |
| Email : |  |  |
| Situation\* : | Marié, divorcé, pacsé, concubin, célibataire, veuf, séparé, union libre | Marié, divorcé, pacsé, concubin, célibataire, veuf, séparé, union libre |

**(\* entourer la mention)**

|  |
| --- |
| **Modalités de règlement**  |

Le coût d’une après-midi est fixé à 2,50€ et peut également se faire par l’achat d’une carte d’abonnement de 16 séances à 35€, valable du Mercredi 5 octobre 2022 au Mercredi 15 Février 2023.

Je soussigné ………………………………………….., certifie exact les renseignements du présent document et m’engage à avertir la direction du pôle jeunesse USJM par courrier ou par mail sur tout changements éventuels concernant les renseignements apportés sur mon enfant que ce soit d’ordre administratif ou médical.

A ………………………………………………..

Le ……………………………………………… Signature :

**AUTORISATIONS**

**Nom et prénom de l’enfant : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **Transport** |

J’autorise les animateurs du Pôle Jeunesse du Montreuillois à transporter mon enfant dans l’un des véhicules de l’association lors de déplacements exceptionnels (le cas échéant)

☐OUI ☐NON

|  |
| --- |
| **Diffusion d’images** |

J’autorise le Pôle Jeunesse du Montreuillois à publier des photographies sur les différents supports de communication et ce, dans un cadre excluant toute exploitation commerciale ou susceptible de porter atteinte à la vie privée ou la réputation. Cette diffusion se cantonnera aux supports de communication tels que le site internet, la page facebook, les publications papiers, les diaporamas, …

☐OUI ☐NON

|  |
| --- |
| **Assurance** |

J’atteste avoir souscrit une assurance responsabilité civile et dommages corporels pour mon enfant.

|  |
| --- |
| **Arrivée / Départ** |

J’autorise mon enfant à quitter seul le lieu d’accueil à la fin de l’après-midi

☐OUI ☐NON

Personnes autorisées à reprendre l’enfant :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Lien de parenté | N° de téléphone |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Règlement intérieur** |

L’inscription aux mercredis loisirs inclus l’acceptation du règlement intérieur (joint en annexe)

Date : Signature :

**FICHE SANITAIRE**

|  |
| --- |
| **Fiche sanitaire de liaison** |

Nom : ………………………………………………………………………… Date de naissance : …………………………………………………………………………………..

Prénom : ………………………………………………………………….. garçon ☐ fille☐

|  |
| --- |
| **Fiche sanitaire de liaison** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates du dernier rappel | Vaccins recommandés | Dates |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-oreillons-rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| OU DT Polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| OU Tétracoq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

|  |
| --- |
| **Renseignements médicaux concernant l’enfant** |

L’enfant suivra-t-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boite de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L’ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Entourer la réponse)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole : | Oui - Non | Varicelle : | Oui - Non | Angine : | Oui - Non |
| Rhumatisme articulaire aigu : | Oui - Non | Scarlatine : | Oui - Non | Coqueluche : | Oui - Non |
| Otite : | Oui - Non | Rougeole : | Oui - Non | Oreillons : | Oui - Non |

**ALLERGIES :**

Asthme : oui ☐ non☐ Médicamenteuse : oui ☐ non☐ Alimentaires : oui ☐ non☐

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si auto médicamentation, le signaler) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

Indiquer les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..........

|  |
| --- |
| **Recommandations utiles des parents :** |

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…

Précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Responsable de l’enfant :** |

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………, responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l’accueil à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l’état de l’enfant.

Date : ……./……./…………… Signature :

***Informations aux parents :***

***Le goûter n’est pas fourni, merci de prévoir un goûter pour votre enfant.***

***![C:\Users\atelier-du-bocage\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\92P1YVCM\smiley-295353_960_720[1].png]()Pensez à munir votre enfant d’une casquette, d’une tenue adaptée et de crème solaire les mercredis ensoleillés***