



## FICHÉ D'INSCRIPTION

### ACCUEIL DE LOISIRS DU 19 AU 30 JUILLET 2021

Nom de l'Accueil	Maternelle	Primaire	Numéro allocataire + QF

Nom/Prénom de l'enfant.....

Date de naissance : ..... A .....

#### Renseignements concernant la famille

	Père	Mère
Noms/Prénoms Date et lieu de naissance		
Adresses		
Téléphones + Mails		
Situation familiale	Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/>	Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacés <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/>
Professions		
Employeurs		

⇒ Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

.....  
.....

J'accepte que mon enfant participe à toutes les sorties pédagogiques organisées durant l'accueil de loisirs :  
Oui  Non

J'accepte que mon enfant puisse être pris en photo pendant les activités et autorise l'exploitation de ces images :

- dans les outils d'information ou de communication de la municipalité : Oui  Non

- dans la presse locale : Oui  Non

Fait à Sainte Suzanne, le : .....

**Signature du responsable légal :**



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :                                      Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....

.....

.....

**OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....