

FICHE D'INSCRIPTION FAMILLE (1 seule par famille)

MERCİ DE REMPLIR CES INFORMATIONS TRES PRECISEMENT

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

Situation des parents : (Rayer les mentions inutiles)

Célibataire - Vie maritale - Pacsé - Marié - Séparé - Divorcé – Veuf

IDENTITE DES PARENTS OU DES TUTEURS LEGAUX

Nom - Prénom	Nom - Prénom
Adresse du domicile	Adresse du domicile
Téléphone Fixe et Portable	Téléphone Fixe et Portable
Téléphone Professionnel	Téléphone Professionnel
Nom employeur	Nom employeur
Mail	Mail

Nom de de l'école et de la commune de scolarisation :

--

En cas de séparation, merci de préciser l'adresse de facturation pour chaque période :

Mercredis	
Petites vacances	
Grandes vacances	



Souhaitez-vous recevoir par mail : (merci de cocher la réponse)

	Oui	non
Votre facture		
Les programmes et infos de l'accueil de loisirs		
Des enquêtes du Mouvement Familles Rurales		

N° ressortissant : (A remplir obligatoirement afin d'appliquer la bonne tranche tarifaire pour votre facture)

	Numéro	Quotient familial (à la date d'inscription)
CAF		
MSA (Fournir Attestation)		

Informations concernant vos enfants :

	Nom	Prénom	Date de naissance
1 ^{er} enfant			
2 ^{ème} enfant			
3 ^{ème} enfant			
4 ^{ème} enfant			

J'ai lu et j'approuve le règlement intérieur précisant les modalités de fonctionnement d'adhésion et d'assurance, ainsi que les Projets Educatifs et Pédagogiques annexés.

Ce document doit être vérifié et signé chaque année

Date	Nom prénom signataire	Lieu	Signature

FICHE INDIVIDUELLE (1 par jeune)
MERCI DE REMPLIR CES INFORMATIONS TRES PRECISEMENT

Espace jeunes de :

Identité de l'enfant

Nom :

Prénom..... Sexe : F – M

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Age :

Adresse:
.....

Informations alimentaires

	OUI	NON	Lesquelles ?
Allergies alimentaires			
Autres			

Informations médicales et sportives

Mon enfant sait nager : OUI NON

Mon enfant sait faire du vélo : OUI NON

P. A. I (Protocole d'Accueil Individualisé): OUI NON

Observations complémentaires (Retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire...) :

.....

.....

Documents à fournir à l'inscription

- La fiche sanitaire de liaison
- La copie du carnet de santé comportant les vaccinations à jour
- ainsi que les documents mentionnés dans le règlement intérieur
- **Règlement de la carte d'adhésion jeune (Carte JPASS), valable pour l'année civile : 10€**

Autorisations parentales

Je, soussigné(e), déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et atteste de l'exactitude des renseignements suivants :

1/ Autorise seulement les personnes habilitées à venir chercher mon enfant à l'Accueil de loisirs.

oui non

2/ Autorise Familles Rurales à reproduire et à diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon enfant ; pour les usages exclusifs suivants : journaux Familles Rurales, supports vidéos Familles Rurales, illustrations de documents d'information Familles Rurales, illustrations du site Internet Familles Rurales. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

oui non

3/ Autorise Familles Rurales à afficher des photos de mon enfant à l'intérieur du centre oui non

Engagement des parents

M'engage à transmettre à l'organisateur, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter

M'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'Accueil de loisirs

M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepter ses dispositions

Fait à :

Le :

Signature du père (ou tuteur légal)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (ou tutrice légale)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE de LIAISON
Document confidentiel
(à transmettre sous enveloppe cachetée)

NOM DU MINEUR :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE : SEXE : [M [F

LIEU DU SEJOUR

.....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rougeole	
				Hépatite B	
				BCG	
				Pneumocoque	
				Autres	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Taille :

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

ALLERGIES :

ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?
oui non

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

3/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

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

4/ RESPONSABLE DU MINEUR

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....

TEL DOMICILE : TEL. TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date et signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR ET A RETOURNER A LA FAMILLE EN FIN DE SEJOUR

COORDONNEES de l'ORGANISATEUR du SEJOUR :

.....

OBSERVATIONS :

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