

INSCRIPTION 2016/2017

NOM :

Prénom :

Ce dossier obligatoire et annuel permet de recueillir des informations utiles et indispensables pour toute inscription auprès de l'association A.P.L.A..

Veillez nous informer pour tout changement de situation ou coordonnées. Merci.

VOUS (parents / responsables légaux)	
Père -tuteur	Mère -tuteur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié – pacsé <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Garde alternée, séparé	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié – pacsé <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Garde alternée, séparé
Adresse :	Adresse :
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Tél. portable :	Tél. portable :
Autre tél. :	Autre tél. :
E-mail :	E-mail :
N° allocataire : CAF..... MSA..... Quotient familial :	N° allocataire : CAF..... MSA..... Quotient familial :
Assurance : N° police : Adresse :	Assurance : N° police : Adresse :

Urgences- autorisations

Nous soussignés, Mme, Mr,, mère, père, tuteur, responsable légal de l'enfant :
Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

- Autorisons notre enfant:

- à participer aux animations proposées et organisées par l'association A.P.L.A. Oui Non
- à quitter seul le centre ou les activités à l'heure de fin de l'animation,
seulement à partir du CE2 Oui Non
- à partir accompagné du centre ou des activités à la fin de l'animation,
au minimum une personne de CM2 Oui Non
avec :

- Acceptons que l'équipe de l'A.P.L.A. :

- prenne des photographies de mon enfant ou prises de vues pour des documents internes à l'association ou pour des articles de presse locaux, des vidéos mises en ligne sur le blog Oui Non
- transporte mon enfant en transport collectif (ou exceptionnellement par le véhicule des animateurs) Oui Non

DATE ET SIGNATURE

- Autorisons le responsable de l'animation à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin.

Nous engageons à payer tous les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille.

DATE ET SIGNATURE

Votre enfant

NOM :

Prénom :

Sexe : Fille Garçon

Téléphone du jeune : __/__/__/__/__

Adresse Internet du jeune :

Date de naissance : __/__/____

Niveau scolaire actuel :

Votre enfant fait-il la sieste ?

Oui Non

Votre enfant sait-il nager ?

Oui Non

Votre enfant fait-il pipi au lit ?

Oui Non

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ?...

Oui Non

Autre remarque :

Handicaps : Précisez le handicap, les précautions et la conduite à tenir :

Allergies, asthmes : Précisez l'allergie et la conduite à tenir :

Maladies, difficultés de santé, recommandations particulières, antécédents médicaux :

Précisez la maladie, les précautions et la conduite à tenir :

Traitement médical et médicaments :

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).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Régimes alimentaires spéciaux:

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

Oui Non

Lequel ?

Médecin traitant :

NOM :

Téléphone :

Adresse :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Père

Mère

Autres personnes :

NOM :

Téléphone : __/__/__/__/__ LR

NOM :

Téléphone : __/__/__/__/__ LR

Vaccins :

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

	VACCINS OBLIGATOIRES	Dates des derniers rappels
1 ^{er} vaccin	Diphtérie	
	Tétanos	
	Poliomyélite	
	Ou DT Polio	
	Ou Tétracoq	
	Ou Pentacoq	

Partie réservée à
l'A.P.L.A.

Groupe d'âges

3/4 ans	
4/6 ans	
6/9 ans	
9/11 ans	
12/17 ans	

Pièces à fournir :

Ce document signé et daté

Attestation Quotient Familial

Attestation de responsabilité civile de l'enfant