

FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs Sans Hébergement de Saint Mihiel Année 2025

ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le : / / N° Sécurité sociale (MSA) : _____

CAF : n° _____



PARTICIPE à l'accueil de Loisirs de Saint Mihiel :

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|---|
| <input type="radio"/> Hiver : | du ____/____/____ | au ____/____/____ | Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="radio"/> Printemps : | du ____/____/____ | au ____/____/____ | Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="radio"/> Eté | du ____/____/____ | au ____/____/____ | Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | du ____/____/____ | au ____/____/____ | Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | du ____/____/____ | au ____/____/____ | Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="radio"/> Automne | du ____/____/____ | au ____/____/____ | Repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Vie Maritale Autre

Responsable légal 1

Tél domicile : _____

NOM, Prénom : _____ Tél Portable : _____ Tél Travail : _____

Adresse : _____

Email : _____ @ _____ Etes-vous intéressé par la réception de la Newsletter du Tiers lieu : Oui

Responsable légal 2

Tél domicile : _____ non

NOM, Prénom : _____ Tél Portable : _____ Tél Travail : _____

Adresse : _____

Email : _____ @ _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

 Resp. légal 1 Resp. légal 2 Autre (précisez) : _____ (_ - - - - - - - -)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

Allergies alimentaires, médicamenteuses ou régimes spécifiques : _____

VACCINS :

DT POLIO : / /	R.O.R. : / /	B.C.G : / /
TETRACOQ : / /	COQUELUCHE : / /	Autres : _____ / /
MENINGITE : / /	AUTRES : _____ / /	Autres : _____ / /

Votre enfant a-t-il eu des maladies infantiles, lesquelles ? _____

Votre enfant suit-il un traitement, si oui lequel ? (si votre enfant doit prendre ce traitement durant le temps de l'ALSH, nous joindre l'ordonnance médicale) : _____

Votre enfant, porte t-il des lunettes ou autres ? _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé de votre enfant, en précisant lesquelles et les précautions à prendre : _____

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) M/Mme _____ autorise :

Le (a) directeur(ice) et ses adjoints à prendre toute mesure qu'ils jugeront nécessaire au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents OUI NON Voyager en transport : Collectif : OUI NON Individuel : OUI NON Se baigner OUI NON Mon enfant sait nager : OUI NON Mon enfant rentre seul OUI NON Mon enfant rentre avec : M/Mme _____, lien : _____ Tel : _____**•DROIT A L'IMAGE :** Je donne à Familles Rurales l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées de mon enfant. Pour la presse locale OUI NON Sur les supports de communication OUI NON

Je certifie exact les informations ci-dessus.

Je dégage les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant et après les heures de fonctionnement de l'accueil et dégage l'Association de toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objets personnels.

Fait à :

le :/...../.....

Signature :