**Association ça coule de source**

**SECTEUR ENFANCE - DOSSIER D'INSCRIPTION 2024**

**ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse du mineur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom, téléphone, adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale auquel le jeune est rattaché : \_ /\_ \_/\_ \_/\_ \_/\_ \_ \_/\_ \_ \_/ \_ \_

**Pour les 3-6 ans, l’enfant fait-il la sieste ? OUI NON**

**REPRESENTANTS LEGAUX DU MINEUR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Représentant légal 1** | **Représentant légal 2** |
| **Nom** |  |  |
| **Prénom** |  |  |
| **Lien de parenté** |  |  |
| **🖃 Adresse** |  |  |
| **Code postal** |  |  |
| **Ville** |  |  |
| **🕿 N° fixe** |  |  |
| **🕿N° portable** |  |  |
| **Profession** |  |  |
| **🕿 Pro (si besoin)** |  |  |
| **@ Mail** |  |  |

N° allocataire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAF MSA Quotient Familial : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si MSA, merci de nous faire parvenir l’attestation du Quotient Familial

L'adhésion à l'association est de **20 €**, elle est valable jusqu'au **31 décembre de l’année en cours.**

**FACTURATION ET RÈGLEMENT**

FACTURATION : Représentant 1 Représentant 2

Accepte de recevoir les factures par mail OUI NON

 Prélèvement automatique (Joindre un RIB + mandat prélèvement SEPA)

 Règlement par chèque

 Règlement en espèce

Nous acceptons également les tickets MSA, chèque ANCV et CESU.

**AUTORISATION PARENTALE POUR LE MINEUR**

Le responsable légal du mineur :

* Autorise le mineur à participer à toutes les animations de l’association sous la responsabilité du personnel encadrant……………………………………………………………………………………… OUI NON
* Autorise le mineur à rentrer seul …………………………………………………………………… OUI NON
* Autorise le mineur à être transporté par les salariés avec le véhicule de l’association pour les certaines sorties (mini-bus) …………………………………………………………………………… OUI NON
* Autorise l'exploitation de photos ou de films pour l'association :
	+ Dans la presse ……………………………………………………………………………………. OUI NON
	+ En interne (diaporama, affichage…) …………………………………………………… OUI NON
	+ Sur internet (site de l’association, réseaux sociaux...) ………………………… OUI NON
* Autorise la direction à faire appel aux services d’urgence en cas de nécessité OUI NON

**Autres personnes autorisées à venir chercher l’enfant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom - Prénom | N° de téléphone | Lien avec l'enfant | Prévenir en cas d’urgence **si vous n’êtes pas joignable** |
|  |  |  |  OUI NON |
|  |  |  |  OUI NON |
|  |  |  |  OUI NON  |

**FICHE SANITAIRE**

Cette rubrique permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant. Si l'enfant nécessite un accueil individualisé, veuillez prendre contact avec le responsable de la structure d'accueil.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON, précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLERGIES / CONTRE-INDICATIONS :**

Alimentaires : OUI NON, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médicamenteuses : OUI NON, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres (animaux, plantes, pollen…) OUI NON, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apporter des précisions si besoin (port de lunettes, appareil dentaire/ auditif …) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VACCINATIONS** **MALADIES**

 (Se référer au carnet de vaccination situé dans le carnet de santé) Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires pour l’accueil de mineurs** | **Dates des derniers rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  | BCG |  |
| Tétanos |  | Coqueluche |  |
| Poliomyélite |  | Hépatite B |  |
| **Rappel tous les 5 ans pour ces vaccins obligatoires pour les enfants.** | Rubéole-Oreillon- Rougeole |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MALADIES** | **OUI** | **NON** |
| RUBEOLE |  |  |
| VARICELLE |  |  |
| ANGINE |  |  |
| RHUMATISME  |  |  |
| SCARLATINE |  |  |
| COQUELUCHE |  |  |
| OTITE |  |  |
| ROUGEOLE |  |  |
| OREILLONS |  |  |

Envie de participer à la vie de l’asso ? OUI NON Déjà membre

Si oui, souhaitez-vous rejoindre une commission ou juste aider ponctuellement pour des événements ?

Commission Aide ponctuelle

Vous serez recontacté ultérieurement.

**Je soussigné(e)……………………………………………………..…, responsable légal de l’enfant, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l’accueil de loisirs 3-10 ans (joint à cette fiche) et m’engage à le respecter. Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.**

**Fait à……………………………… le …......../............./...........**

**SIGNATURE :**