



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 :
  - o Dans la presse .....  OUI  NON
  - o En interne (diaporama, affichage...) .....  OUI  NON
  - o 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 <b>si vous n'êtes pas joignable</b>
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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

(Se référer au carnet de vaccination situé dans le carnet de santé)

Vaccins obligatoires pour l'accueil de mineurs	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Hépatite B	
<b>Rappel tous les 5 ans pour ces vaccins obligatoires pour les enfants.</b>		Rubéole- Oreillon- Rougeole	

### MALADIES

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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 :