

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

Centre de Loisirs CAPDENAC

2023

IDENTITE DE L'ENFANT

| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | SEXE |
|-----|--------|-------------------|------|
| | | | |

N°allocataire CAF : _____ ou N°allocataire MSA : _____
 Assurance responsabilité civile :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Qualité : Père Mère Autre :(précisez) :

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone fixe : _____ Tél. Portable : _____
 Téléphone travail : _____
Mail : _____

Référents

Référent 1 (si différent du responsable légal)

Référent 2

| | |
|--|--|
| Qualité : Père / Mère / Autre (précisez : _____) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse (si différente): _____ Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone fixe : _____ Tél. Portable : _____ Téléphone travail : _____ <u>Mail</u> : _____ | Qualité : Père / Mère / Autre (précisez _____) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse (si différente): _____ Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone fixe : _____ Tél. Portable : _____ Téléphone travail : _____ <u>Mail</u> : _____ |
|--|--|

FACTURATION : Responsable légal Référent 1 Référent 2

J'accepte de recevoir mes factures par mail

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (hors responsable légal ou référents)

| Nom | Prénom | Téléphone | Qualité |
|-----|--------|-----------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

| | OUI | NON | Précisez (si PAI, merci de fournir le protocole) |
|--------------------------------|-----|-----|--|
| Asthme | | | |
| Allergie(s) alimentaire(s) | | | |
| Allergie(s) médicamenteuse(s) | | | |
| Régime alimentaire particulier | | | |

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, port de lentilles, lunettes, prothèses auditives :

Médecin traitant :

Téléphone

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise la publication de photographies (presse locale, programmes de vacances, support vidéo, site internet et réseaux sociaux ...) où figure mon enfant. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne porteront pas atteinte à la réputation ou à la vie privée.

OUI

NON

RAMASSAGE MERCREDI CAPDENAC :

Pour les enfants scolarisés sur l'école maternelle et élémentaire de Capdenac Gare (Beau Soleil, Pierre Riols)

J'autorise un animateur du centre de loisirs à récupérer mon enfant dans son école, à l'issue de sa demi-journée de classe du mercredi matin :

OUI

NON

DEPLACEMENTS - SORTIES :

J'autorise mon enfant à participer aux déplacements et sorties organisés dans le cadre du Centre de Loisirs (transfert de sites et transport : bus avec chauffeur, minibus, et exceptionnellement voitures particulières.)

OUI

NON

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare avoir pris connaissance et accepte la notice d'informations, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Tout changement relatif aux informations transmises doit impérativement être signalé au Centre de Loisirs.

Date :

Signature du Responsable légal.

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Pièces à fournir :

**Photocopie des vaccinations,
Attestation Pass (CAF Aveyron-MSA Midi-Pyrénées Nord)
Dernier avis d'imposition (si non imposables) pour les familles de Capdenac-Gare et Sonnac**