CSF (Confédération Syndicale des Familles)
Association pour l'accueil périscolaire

FICHE D'INSCRIPTION à l'espace jeunes FUNADO et de Renseignements

LE JEUNE

NOM DU MINEUR : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
PRENOM : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
DATE DE NAISSANCE : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ SEXE : /__/ M /__/ F

1- VACCINATIONS Obligatoires (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

- Poids : _____ Taille : _____

(informations nécessaires en cas d'urgence)

- Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance

- **ALLERGIES :**

Alimentaires oui /__/ non /__/ si oui, lesquelles.....
Médicamenteuses oui /__/ non /__/ si oui, lesquelles.....
Autres (animaux, plantes, pollen, maquillage…) oui /__/ non /__/ si oui, lesquelles.....

- Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? Oui /__/ Non /__/

.....
.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

.....

LA FAMILLE

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse Domicile		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
Adresse Employeur		
Téléphone	**Domicile**	**Domicile**
	Travail	**Travail**
	Mobile	**Mobile**

En cas d'urgence, joindre les personnes aux numéros notés ci-dessus ou encore les personnes suivantes :

.....

- **Renseignements administratifs :**

Situation Familiale

mariés /__/ vie maritale /__/ veuf(ve) /__/ divorcés /__/ célibataire /__/

Nombre d'enfants mineurs : .....

Régime de couverture sociale

N° de Sécurité Sociale : __/ __/__/ __/__/ __/__/ __/__/__/ __/__/__/ __/__/

Régime de prestations familiales :

	N° d'allocataire
CAF /__/ MSA /__/	
Autres régimes /__/	

Bénéficiez-vous des bons vacances ? Oui /__/ Non /__/

L'accueil de loisirs est organisé par l'association CSF

Les parents utilisateurs du service sont adhérents et bénéficient des garanties précisées sur l'attestation d'assurance en responsabilité civile OBLIGATOIRE souscrite par l'Association organisatrice.

Montant de l'adhésion : 28 euros par an et par famille (du 01 septembre au 31 août de l'année suivante).

ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALE

Nous soussignés _____parents et tuteurs de l'enfant_____

***déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche**

***reconnaissons également avoir été informés** de l'intérêt à souscrire un contrat d'**assurance de personnes couvrant les dommages corporels** auxquels peuvent les exposer les activités auxquelles participent notre enfant (Assurance Individuelle Accident)

***reconnaissons avoir été informés** du contenu **du projet éducatif de l'association** et du contenu **du projet pédagogique élaboré par la directrice de l'accueil de loisirs et de son équipe (le demander à la directrice de la structure)**

***reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur** de l'accueil de loisirs (le demander à l'accueil)

***autorisons l'association à consulter le site CAFPro pour obtenir des informations au sujet de mon Quotient Familial**

***autorisons également notre enfant à aller à la piscine ou à la mer pour se baigner et à pratiquer les diverses activités prévues au cours des différents accueils, y compris à être transporter.(car,minibus,voiture,train..)**

***autorisons l'équipe d'animation ou les parents bénévoles à véhiculer notre enfant pour les activités extérieures au centre**

***autorisons les responsables de l'accueil de loisirs à présenter notre enfant à un médecin,** de préférence le médecin de la famille : _____

et à faire le nécessaire en cas de soins à donner d'urgence et si besoin sous anesthésie (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

***autorisons la diffusion d'une photo où apparaît distinctement notre enfant, à des fins informationnelles (articles dans la presse), à des fins pédagogiques ou sur le blog de l'association.**

OUI /__/ NON /__/

A ....., le /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Signature des parents ou tuteur précédé de la mention « Lu et approuvé »