# Centre de loisirs éducatif de Bernis

## Fiche d'inscription et de renseignements 2023-2024

**ENFANT**

Nom :…… Prénom :…….…… ☐ Garçon ☐ Fille

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**Classe et établissement fréquenté** : .....

Adresse domicile :…….....…….

Code postal : …… Commune : ……

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT** ☐ Mère ☐ Père

**Situation familiale :** ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

| | **Père** (ou autre : ……) | **Mère** (ou autre : ……) |
|---|---|---|
| **NOM - PRENOM** | | |
| **Adresse** (si différente de l'enfant) | | |
| **N° téléphone domicile** | | |
| **N° téléphone portable** | | |
| **Adresse mail** | | |
| **Profession** | | |
| **Employeur** | | |
| **N° téléphone professionnel** | | |

Nombre d'enfants à charge : |__|__|

**Régime allocataire :** ☐ **CAF** : n° allocataire (7 chiffres + 1 lettre) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Quotient Familial : |__|__|__|__| €

☐ **MSA** : n° |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__| Quotient Familial : |__|__|__|__| €

☐ **Autres** (SNCF, Caisse Maritime, RATP, …) : …….…… Quotient Familial : |__|__|__|__| €

**J'autorise le centre de loisirs éducatif à consulter mon dossier allocataire sur le site Internet de la Caisse d'Allocations Familiales afin de définir le tarif : ☐ Oui ☐ Non***

**Si vous refusez l'accès au service **Consultation des Données Allocataires par les Partenaires**, vous devez impérativement nous fournir votre dernier avis d'imposition ainsi que votre attestation de paiement ou de non-paiement de l'organisme qui verse les prestations familiales (CAF, MSA, SNCF, RATP, Caisse Maritime, …). Sans la remise de ces documents, la tarification maximale vous sera attribuée.*

**Personnes autorisées à récupérer mon enfant (une pièce d'identité sera demandée) :**

Nom-Prénom : …….…… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……

Nom-Prénom : …….…… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……..……

Nom-Prénom : …….…… Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___ Lien de parenté : ……..

**REGIME ALIMENTAIRE :** ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ PAI

**AUTORISATIONS DIVERSES**

Je soussigné(e), Madame / Monsieur. : ……..…… responsable légal de l'enfant,

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| Autorise le centre de loisirs de Bernis à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique, pour la présentation et l'illustration des activités du centre à durée indéterminée. Une exploitation de ces photos et de ces vidéos est à but non commercial. | ☐ | ☐ |

**Merci de remplir le verso**

J'autorise le responsable du centre de loisirs ou son représentant à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant selon les prescriptions du corps médical. Le SAMU et les parents seront immédiatement contactés. Je m'engage à rembourser le montant de tous les frais engagés.

N° de sécurité sociale de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) : I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I__I I__I__I__I I__I__I

Assurance (joindre justificatif) : …… N° de police : ……..

## MÉDECIN TRAITANT

Nom :…….…… Prénom :…….....

Adresse :……..……..……..……..

CP : …….. Commune : ……..……Téléphone : ___ ___ ___ ___ ___

## VACCINATIONS : se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination : *joindre photocopies*

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ **Oui *** ☐ **Non**

* Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin.**

## SANTE

**Votre enfant est-il :** Asthmatique ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Allergique ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Si oui, s'agit-il d'une allergie médicamenteuse ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
d'une allergie alimentaire ? ☐ **Oui** ☐ **Non**
Autres : ……..……

Existe-t-il un P.A.I à l'école ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, j'autorise le responsable du centre de loisirs à prendre connaissance du PAI établi avec l'école ☐ **Oui** ☐ **Non**

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

……..

……..

**INDIQUEZ CI-APRES :**

Si votre enfant est en situation de handicap ☐ **Oui** ☐ **Non**

➔ Si oui, une rencontre avec l'équipe de direction doit être prévue avant chaque accueil.

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre :**

……..

……..

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives, etc.

……..

……..

**Je reconnais avoir pris connaissance du projet pédagogique, du règlement intérieur ainsi que la tarification en cours et autorise que mon enfant participe à toutes les activités, y compris les baignades et les sorties organisées par le centre de loisirs. Ces documents sont disponibles en téléchargement sur le site www.territoires.francas30.org.**

**COUPON ACCEPTATION RÉGLEMENT INTÉRIEUR**

Je soussigné(e) : …….... responsable légal de l'enfant : ……..……, déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du centre de loisirs de Bernis et en accepte les conditions.

## Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Tout dossier incomplet ne sera pas accepté.

Fait à : …….. Date : …… Signature :