**FICHE SANITAIRE**

Fiche d'inscription

***ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES D'ETE 2024***

**COMMUNE DE MISON**

**Du 8 Juillet au 02 août 2024**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’ENFANT**

Nom, prénom : ……………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : ………………………………Lieu : ………………………………………………………….

Classe fréquentée : ……………………………………………………………………………………………………

**L’enfant participera à l’Accueil de Loisirs**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Semaine** |  **Lundi** |  **Mardi** | **Mercredi** |  **Jeudi** | **Vendredi** |
| **8 au 12/07/24** |  |  |  |  |  |
| **15 au 19/07/24** |  |  |  |  |  |
| **22 au 26/07/24** |  |  |  |  |  |
| **29/07/24au02/08/24** |  |  |  |  |  |

***Cocher dans les colonnes correspondantes et noter les heures d’arrivée et de départ. Rappel des horaires du centre : 8h/18h, accueil de 8h à 8h30 puis de 16h30 à 18h.***

**L’enfant est autorisé :**

- à venir et à quitter le centre seul oui □ non □

- à être photographié pendant les activités oui □ non □

**-**Votre enfant sait-il nager  oui □ non □

**Personnes habilitées à venir le chercher en votre absence**:

Nom/Prénom : ……………………………………………. Tel. : …………………………………

Nom/Prénom : ……………………………………………. Tel. : ………………………………….

***Pour tous renseignements et inscriptions, veuillez contacter la directrice, Lavigne Emmanuelle à l’adresse et numéro suivants :***

 ***Adresse mail : centredeloisirs@mison.fr***

***Tél : 07 48 72 00 69***

***Paiement reçu uniquement en Mairie aux heures et jours d’ouverture.***

 ***Attention !  Clôture des inscriptions : Lundi 26 juin 2024***

Vos recommandations éventuelles :

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pour les repas, y a-t-il des recommandations particulières ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………….
………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pour la pratique des activités sportives, y a-t-il des recommandations particulières ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………..……

………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné, ………………………………………………………………………………

**√** responsable de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de l ‘enfant en cas d’incapacité à joindre les parents. OUI/NON

**√** J’autorise mon enfant à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par le centre de loisirs de Mison et autorise l’accueil de Loisirs à utiliser et diffuser à titre gratuit des photographies et vidéos réalisés dans le cadre de l’accueil de loisirs et de l’espace jeunes, ainsi qu’à exploiter ces clichés à des fins d’information ou publicitaires.

**√** J’autorise le transport de l’enfant par un responsable de la structure (en minibus, voiture…).

Fait le ……………………………………………………………………

à : ……………………………………………………………………...…… Signature

Fiche Sanitaire

### Nom et prénom de l’enfant : ……………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : ……………………………………………………………………………………………………………………

Nom et prénom du responsable légal : ………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tél. Domicile : …………………………………………. Tél. Travail : ……………………………………………………….

Tél. Portable : …………………………………………. E. Mail : ………………………………………………………………

En cas d’urgence, prévenir : ……………………………………………………………………………………………………. Tél : …………………………………………………………........................................................................................

Médecin traitant : …………………………………………………………………………………………………………………….

Tel. : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

###### **Vaccinations**

Date DTP : ……………………………………. Rappel : …………………………………………….

Date B.C.G. : …………………………………Rappel : …………………………………………….

Autres : ……………………………………………Rappel : …………………………………………….

L’enfant suit-il actuellement un traitement oui □ non □

Si oui, lequel : ……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………..................

………………………………………………………………………………………………………………………………………..................

Poids : ……………………………………. Taille : ……………………………….

Indiquez ci-dessous les éventuels problèmes de santé rencontrés par l’enfant et allergies :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

# RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom/prénom du responsable légal : ………………………………………………………………………………….

Numéro de Sécurité Sociale (1) : ……………………………………………………………………………………….

Adresse du Centre payeur : ……………………………………………………………………………………………….

Numéro CAF Allocataire (1) : …………………………………………………………………………………………….

Numéro M.S.A. (régime agricole) : ……………………………………………………………………………………

Profession du père : ……………………………………………………………………………………………………………

Profession de la mère : ……………………………………………………….................................................

Assurance Responsabilité Civile (1) :

Cie : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

N° de Police : …………………………………………………………………………………………………………………….

1. *Fournir des photocopies au moment de l’inscription*

**MODALITES DE PAIEMENT**

Nombre de journées □ x ………… (tarif) = ……….

Suppléments (autres) : ………………………… = ……….

 **COUT TOTAL** ……….

Déduction bons CAF : ……………………………………. -………

 **RESTE** **……….**

Mode de règlement Date : …………………………………………

Chèque ou CCP □ Espèces □

***◙ Les bons vacances CAF sont valables pour les ALSH pour une inscription de 4 jours consécutifs.***