

Dossier d'inscription familles

**Association *Entre Reins Et Sapins*
(A.E.R.E.S)**

Centre de loisirs **Inter Gônes**

Rue Mozart, 69550 CUBLIZE

Tél/Fax : 04.74.89.52.55

Mobil : 06.52.57.28.90

Mail :centre.inter.gones@gmail.com

Documents à compléter :

- ✓ Fiche de renseignements
- ✓ Autorisations (à signer)
- ✓ Règlement intérieur (à signer)
- ✓ Fiche sanitaire (1 par enfant)

Documents à fournir :

- ✓ Photocopie du carnet de vaccinations (en cas de contre-indication concernant les vaccinations obligatoires : DTP fournir un certificat médical)
- ✓ Attestation d'assurance pour activités extrascolaires (de l'année scolaire en cours)





Chers parents,

Pour un bon fonctionnement nous vous transmettons ce récapitulatif afin que chaque enfant arrive avec les affaires nécessaires lors de sa venue au centre.

Pour chaque enfant :

- Casquette, chapeau
- lunette de soleil (si besoin)
- Sac à dos (**adapté à l'enfant**)
- Gourde, bouteille
- Crème solaire

Pour les temps calmes :

Enfants de 3 à 6 ans et enfants plus grands susceptible de faire la sieste :

- Une serviette éponge ou un drap (pour que l'enfant ne soit pas en contact directe avec la couchette)
- une petite couverture ou drap (pour couvrir l'enfant)
- **le doudou**

Pour chacun de ces biens, merci d'inscrire le nom et prénom de l'enfant afin d'éviter tous échanges ou pertes.

Les affaires portées au centre ne doivent pas être de valeur. Les enfants bougent, courent, s'amuse.

Merci de votre compréhension.

Fiche de renseignements

Cadre réservé à la directrice

Enfant(s) :

.....

.....

.....

Quotient familial CAF: _____ **date de l'attestation :** _____
(Justificatif CAF à fournir obligatoirement)

Responsable légal 1

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

N° Téléphone domicile : ___/___/___/___/___

N° Téléphone personnel : ___/___/___/___/___

N° Téléphone professionnel : ___/___/___/___/___

E-mail : _____

Profession et lieu de travail : _____

Responsable légal 2

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse (si différente du domicile familial) : _____

N° Téléphone domicile : ___/___/___/___/___

N° Téléphone personnel : ___/___/___/___/___

N° Téléphone professionnel : ___/___/___/___/___

E-mail : _____

Profession et lieu de travail : _____



A rendre

Autorisations

Personnes autorisées à venir chercher votre/vos enfant(s) au centre de loisirs :

NOM	Prénom	Lien de parenté

Mon/mes enfants rentre(nt) seul(s) ?

Du centre :

- OUI
- NON

De l'arrêt de bus précisé : _____

- OUI
- NON

*Nous rappelons qu'aucun enfant de moins de **6 ans** n'est autorisé à arriver ou partir sans accompagnant.*

Date et signature des responsables légaux :



A rendre

Autorisations photos/vidéos

Certains événements seront couverts par la prise de photographies ou de films lors des manifestations encadrées par les équipes d'animation.

Votre/vos enfant(s) devra/devront bénéficier de votre autorisation pour une photo dans un journal, une diffusion vidéo ou de la réalisation d'une exposition.

Je soussigné :

.....responsable légal

- j'accepte**

- je n'accepte pas**

Nom enfant(s)	Prénom enfant(s)

soit / ne soit pas être photographié ou filmé lors des manifestations encadrées par les équipes d'animation sur divers supports de communication (journaux, expositions...)

Date et signature des responsables légaux :

A rendre 1 par enfant

FICHE D'AUTORISATION D'INTERVENTION MEDICAL D'URGENCE

Centre de loisirs Inter Gônes

1 fiche par enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....

.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens

les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un

numéro de téléphone :

1. N° de téléphone mobile mère :

2. N° de téléphone mobile père :

3. N° du travail de la mère : Poste :

4. N° du travail du père : Poste :

5. Nom et N° de téléphone, lien de parenté d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

..... N° :

En cas d'urgence, d'un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par

les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. La famille est

immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital

qu'accompagné de sa famille (ou responsable).

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

.....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance des secours :

.....

.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

.....

Date et signature des responsables légaux :