

**CENTRE SOCIO CULTUREL LA ROSE DES VENTS****20 rue Albert Lebrun 13090 Aix en Provence**

Tél. 04 42 96 10 81

accueil@larosedesvents-association.com

SIRET 493 481 022 00025- APE 9499Z

**DOSSIER INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS ENFANT****ACCUEIL LOISIRS & JEUNES, ACTIVITÉS**

Nouvelle adhésion

☐

Renouvellement

☐**RÉFÉRENCES DE L'ENFANT**

NOM : _____ PRÉNOM : _____ ÂGE : ____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

ÉCOLE : _____ CLASSE : _____

RÉFÉRENCES DES PARENTS

	MÈRE	PÈRE
NOM		
PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE		
ADRESSE		
CP – VILLE		
QUARTIER		
TÉLÉPHONE		
MAIL		
PROFESSION		
N° CAF ou MSA		
N° MDPH SI HANDICAP		
SITUATION FAMILIALE	Célibataire / Marié / Pacsé / Veuf / Vie maritale / Divorcé / Séparé / Famille monoparentale	

INSCRIPTION POUR :**ALSH :**

- ☐ PETITS POUSETS 2 ½ / 5 ans (propres et scolarisés)
- ☐ FARANDOLE 6-9ans
- ☐ PASSERELLE 10/13 ans

ACTIVITÉS : _____

**CENTRE SOCIO CULTUREL LA ROSE DES VENTS****20 rue Albert Lebrun 13090 Aix en Provence**

Tél. 04 42 96 10 81

accueil@larosedesvents-association.com

SIRET 493 481 022 00025- APE 9499Z

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ÂGE : _____

Médecin traitant : _____ tel : _____

1. VACCINATIONS : (COPIE DU CARNET DE SANTÉ)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphtérie				ROR	
Tétanos				BCG	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DTP				Autres (précisez)	

Si l'enfant n'a pas de vaccin obligatoire, joindre un certificat de contre-indication

2. L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? 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 pris sans ordonnance.

3. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Oreillons		Coqueluche		Otites		Scarlatine		Rougeole	
---------	--	-----------	--	--------	--	-----------	--	------------	--	--------	--	------------	--	----------	--

4. ALLERGIES

ASTHME		MÉDICAMENTEUSES		ALIMENTAIRES		DEMANDE P.A.I.*	
Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐

- Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

- Indiquez ci-après les difficultés de santé de votre enfant et la conduite à tenir (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations, porteur d'handicaps)

SIGNATURE

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre (ou séjour) à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. (traitement médical hospitalisation, intervention chirurgicale)

Fait à Aix-en-Provence , le ____/____/____

Signature _____



CENTRE SOCIO CULTUREL LA ROSE DES VENTS

20 rue Albert Lebrun 13090 Aix en Provence

Tél. 04 42 96 10 81

accueil@larosedesvents-association.com

SIRET 493 481 022 00025- APE 9499Z



AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise mon enfant à partir seul en fin de journée : **OUI / NON**

- J'autorise mon enfant à partir avec les personnes suivantes (pièce d'identité OBLIGATOIRE) :

NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE

- Pour les personnes ayant un droit de garde exclusive :
Fournir un document du tribunal spécifiant les personnes non habilitées à venir chercher l'enfant
- J'autorise le CENTRE SOCIO CULTUREL AIX NORD à prendre en photo ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités et à les utiliser pour les documents de communication produits par le centre social (newsletter, plaquette, flyers, site internet, presse, expositions, ...)

OUI ☐

NON ☐

- Je prends connaissance de la possibilité de quartier libre surveillé (uniquement pour le secteur jeunes)

EXTRAIT DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je certifie avoir pris connaissance de l'extrait du règlement intérieur (ci-joint) de l'association et du centre de loisirs et de l'activité ainsi que les statuts de l'association et m'engage à en respecter les modalités suivantes :

- Toute inscription ne pourra être remboursée que sur présentation d'un certificat médical sous 48h
- Tout désistement ou inscription doivent être effectués **une semaine avant**
- Les avoirs des mercredis et des vacances ne sont **pas remboursés mais reportés**
- Toutes activités doivent être réglées lors de l'inscription

Fait à Aix en Provence, le ____/____/____

Signature précédée de « Lu et approuvé »