

# INSCRIPTION AUX ACTIVITES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

École : .....

Classe.....

## ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le  /  /  A

## AUTORISATION DE SORTIE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs  oui  non

## AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES PRISES LORS DES ACTIVITÉS

Le représentant légal autorise l'Ifac à réaliser des prises de vues photographiques, pendant le déroulement des activités, sur lesquelles peut figurer l'enfant mentionné sur cette fiche. Il autorise l'Ifac à utiliser librement ces photographies pour leurs supports de communication (document de présentation, publications, site Internet, expositions ...), sans demander ni rémunération, ni droits d'utilisation. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une diffusion ou d'une utilisation commerciale. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à son image et/ou à sa réputation.  non  oui

## INFORMATIONS SUR LES DONNÉES PERSONNELLES COLLECTÉES

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services administratifs de Sartrouville Animation. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la direction de Sartrouville Animation.

## RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e)  déclare avoir reçu et pris connaissance du règlement de fonctionnement, m'engage à le respecter sans réserve et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Date :

Signature :



Avec le soutien de

Ifac - Association à but non lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale

# FICHE DE RENSEIGNEMENT FAMILLE

Renseignez obligatoirement une fiche par famille dans le cas d'accueil de mineurs.

## FAMILLE

Nom

Adresse

C.P.  Ville

Situation familiale

Nombre total d'enfants  Nombre d'enfants à charge

E-mail

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant

## RESPONSABLE 1

Nom  Autorité parentale

Prénom

Né le  /  /

Tél domicile  Tél mobile

N° Allocataire CAF  Quotient familial (cf. grille ville)

Profession  Société

Tél professionnel  Catégorie Socio Professionnelle

## RESPONSABLE 2

Nom  Autorité parentale

Prénom

Née le  /  /

Tél domicile  Tél mobile

N° Allocataire CAF  Quotient familial (cf. grille ville)

Profession  Société

Tél professionnel  Catégorie Socio Professionnelle

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES



Avec le soutien de

Ifac - Association à but non lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SELON LE CERFA N°10008\*02 DU MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

## ENFANT

Nom

Prénom

Né(e) le  /  /  Sexe F  M

## VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

**Attention** : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## Maladies – allergies – régimes alimentaires particuliers

### Maladies

Précisez ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>Rhumatismes</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>Asthme</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

### Projet d'Accueil Individualisé

Mise en place d'un PAI/PAEA : non  /  oui

Nature du PAI/PAEA :

L'enfant mentionné sur cette fiche est apte à la pratique d'activités physiques :  non /  oui

### Médecin traitant

Nom

Tél.



Avec le soutien de

Ifac - Association à but non lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale

## Traitement médical

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil ?  non  oui

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

## Allergies

Allergie médicamenteuse	Allergie alimentaire	Autres
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :	Précisez :

Précisez ci-dessous la conduite à tenir pour les allergies (si automédication le signaler) :

## Autres

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.... précisez ci-dessous :

Régime alimentaire sans porc :

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

## AUTORISATIONS DIVERSES

Baignade : non  / oui

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

Date :

À remplir par le responsable de l'accueil à l'attention des familles

Coordonnées de l'accueil :

Observations :



Avec le soutien de

Ifac - Association à but non lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale