

Document à remplir et à retourner
OBLIGATOIREMENT
pour que l'inscription de votre enfant soit effective
.Validité 1 an.

« Lu et Approuvé »
Date / /
& Signature

Contrat-Parent 2011/2012



Je soussigné (e)
déclare avoir pris connaissance du **Règlement Intérieur** et m'engage à en
respecter toutes les modalités , en particulier celles qui concernent **l'inscription**
de mon enfant et ses **réservations** à l'Accueil de Loisirs.

.....
..... / /

Autorisations liées aux activités

Je soussigné (e).....
autorise mon enfant à utiliser le **mode de transport** choisi par l'accueil de Loisirs:
◇ Bus 54 places conduit par un chauffeur:
◇ MiniBus 9 places conduit par un membre de l'équipe de l'Accueil de Loisirs.

.....
..... / /

Je soussigné (e)
autorise mon enfant à participer aux **baignades** organisées par l'Accueil de Loisirs:
◇ En piscine avec baignade surveillée
◇ En plans d'eau aménagés avec baignade surveillée (base nautique, lac, ...)

.....
..... / /

Je soussigné (e)
autorise mon enfant à pratiquer des **activités spécifiques** encadrées par un
animateur diplômé d'un Brevet d'Etat (cirque, équitation, escalade, VTT...).

.....
..... / /

Droit à l'image

Je soussigné (e).....
autorise la publication de photos de mon enfant sur des **supports papier**
(plaquette, exposition à l'occasion de reportages au sein des Accueil de Loisirs).

.....
..... / /

Je soussigné (e).....
autorise la publication de photos de mon enfant sur le **site internet** www.sib33.fr
dans le cadre de la présentation des activités du S.I.B.

.....
..... / /

Fiche de renseignement

2011/2012

NOM

Prénom(s)

Date de naissance

Responsables légaux

NOM

- ◇ Père
- ◇ Mère
- ◇ Tuteur

Prénom(s)

Adresse



Fixe:

Portable:

Travail:

NOM

- ◇ Père
- ◇ Mère
- ◇ Tuteur

Prénom(s)

Adresse



Fixe:

Portable:

Travail:

Adresse@:

Autorisations d'urgence

Je soussigné(e).....
responsable légal(e) de l'enfant.....

- ◇ Autorise l'équipe de l'Accueil de Loisirs, **en cas d'accident** le concernant, à faire pratiquer les soins médicaux et/ou interventions chirurgicales préconisés par les services d'urgence (SAMU, Pompier ou médecin référent en déplacement)
- ◇ Autorise l'équipe de l'Accueil de Loisirs à administrer un **traitement médical ponctuel** à mon enfant sur ordonnance d'un médecin uniquement.
- ◇ Atteste de l'**exactitude des renseignements donnés** ci-dessus concernant l'enfant, ces responsables légaux et son état de santé général.

« Lu et approuvé », date et signature

PHOTO

MéMo SANTE

Médecin traitant:

Tel:

InFOs PARTICULIEREs/Contre-indications

ALLERGIEs

VACCIN OBLIGATOIRE (dates)

DTPolio

◇ **PAI** (en annexe, si il y a)

Date

Type

◇ SéCu

◇ ImpÔts 2010

◇ MSA

◇ ImpÔts 2011

◇ CaF

◇ Hors Commune

AutreS PERSONNES

autorisées à venir chercher l'enfant

.....
.....
.....
.....

◇ **Navette**

Oui

Non