



FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION  
Valable du 07.07.2021 au 22.06.2022

ACCUEIL DE LOISIRS LA BORDE

PÔLE PARCOURS DE VIE  
Direction Joué Famille  
Service Animation Loisirs

RENSEIGNEMENTS ENFANT

NOM-Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

① **Juillet-Août 2021**

Mon enfant est né entre **2015** et **2007**  
Je souhaite l'inscrire sur la période **juillet-août 2021**

**Je réserve en juillet :**

**7 au 9 juillet**  3 jours  
**12 au 16 juillet**  4 jours  
**19 au 23 juillet**  5 jours  
**26 au 30 juillet**  5 jours

**Je réserve en août :**

**3 août au 6 août**  4 jours  
**9 août au 13 août**  5 jours  
**16 août au 20 août**  5 jours  
**23 août au 27 août**  5 jours

Mon enfant utilisera le service des transports : OUI  NON  ARRÊT : \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir de l'arrêt de bus (ou du centre) à mon domicile : OUI  NON

② **Année scolaire 2021-2022**

Mon enfant est né entre **2016** et **2010**  
Je souhaite l'inscrire sur l'**année scolaire 2021.2022**

⇒ Les mercredis : OUI  NON

Mon enfant sera présent (1 choix possible)

Le mercredi toute la journée :

Le mercredi matin avec repas (départ à 13 heures) :

Régulièrement : OUI  NON

Occasionnellement : OUI  NON  (précisez la fréquence) : .....

⇒ Les petites vacances scolaires : OUI  NON   
(une feuille de réservation des journées vous sera adressée avant chaque séjour)

Mon enfant utilisera le service des transports : OUI  NON  ARRÊT : \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à rentrer seul le soir de l'arrêt de bus (ou du centre) à mon domicile : OUI  NON

J'autorise la publication de la photographie (ou vidéo) de mon enfant dans le cadre des activités : OUI  NON

Mon enfant est titulaire de l'attestation de réussite passage sous ligne d'eau : OUI  NON

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exact les informations portées sur cette fiche. J'accepte que ces données soient utilisées pour traiter ma demande d'inscription. Vous pourrez modifier ces données en contactant la Direction Joué Famille au 02.47.39.70.83.

RENSEIGNEMENTS DES RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Représentant 1 :

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_

@E-Mail : \_\_\_\_\_

Nom employeur : \_\_\_\_\_

Professionnel : \_\_\_\_\_

Représentant 2 :

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Fixe : \_\_\_\_\_

@E-Mail : \_\_\_\_\_

Nom employeur : \_\_\_\_\_

Professionnel : \_\_\_\_\_

Affiliation Régime Général  MSA  SNCF  Autre  Numéro allocataire CAF : \_\_\_\_\_

J'autorise la consultation et la conservation des données me concernant, issues du logiciel CDAP (consultation données allocataires)

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : .....

Nom et numéro de la compagnie d'assurance responsabilité civile : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE :**

Les personnes autorisées à prendre l'enfant :

→ Le père de l'enfant : OUI  NON

→ La mère de l'enfant : OUI  NON

En cas d'absence des responsables, veuillez indiquer les autres personnes autorisées à prendre en charge l'enfant :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ } Portable \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ } Portable \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ } Portable \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ } Portable \_\_\_\_\_

**VACCINATIONS DE L'ENFANT :**

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations

Dates du dernier rappel

. DT Polio (diphtérie, tétanos, polio) .....

. B.C.G .....

. R.O.R .....

**SUIVI MEDICAL :**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il des allergies alimentaires, médicamenteuses, autres... Oui  Non

Allergies connues : \_\_\_\_\_

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

Un protocole d'accueil individualisé a-t-il été signé, si oui, joindre la photocopie du PAI.

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation). Précisez les **précautions à prendre.**

Spécificités alimentaires connues : \_\_\_\_\_

Spécificités alimentaires : sans viande  sans porc  autre

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du Représentant Légal :