



Familles Rurales Ardèche Antenne de Roiffieux

**Accueil des enfants de 3 à 16 ans du 18 avril au 3 mai 2020**

**Des personnels prioritaires quant à la gestion de la crise sanitaire**

## Fiche d'inscription et de renseignements

**Le ou les enfants :**

Nom, prénom et date de naissance :

.....

**Personne à contacter, nom et numéro :**

.....

**Jours et horaires de garde souhaités :**

\*inscrivez l'heure estimée d'arrivée pour inscrire votre enfant ou vos enfants à une ou plusieurs journée(s) :

Journée		Horaires*	Journée		Horaires*
Samedi	18		Lundi	27	
Dimanche	19		Mardi	28	
Lundi	20		Mercredi	29	
Mardi	21		Jeudi	30	
Mercredi	22		Vendredi	1	
Jeudi	23		Samedi	2	
Vendredi	24		Dimanche	3	
Samedi	25				
Dimanche	26				

**Renseignements parents :**

**Parent 1 ayant droit** Madame  Monsieur

**Fournir obligatoirement Carte professionnelle ou fiche de paie**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Tél. Professionnel : ..... Mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**Parent 2**  Madame  Monsieur

**Fournir obligatoirement une attestation sur l'honneur justifiant de l'incapacité de garde**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Si différent, adresse : .....

Si différent tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Tél. Professionnel : ..... Si différent mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

**Renseignements médicaux concernant l'enfant :**

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....



Je soussigné(e) ..... 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. **Signature :**

- Dans quel établissement l'enfant doit-il être conduit prioritairement ?

**VACCINATIONS :**

**Fournir obligatoirement la photocopie des vaccinations se trouvant dans le carnet de santé.**

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

**TRAITEMENT et/ou ALLERGIES**

- **L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI / NON**

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- **Allergies :**

Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse  Autres

Précisez la **cause de l'allergie** et la **conduite à tenir** (si automédication le signaler) :

.....  
.....

\* Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises compulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre :

.....  
.....

\*Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires ?

.....

## PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les parents)

Si votre enfant à plus de 6 ans, est-il autorisé à rentrer seul ? OUI  NON

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

## AUTORISATION PARENTALE

### Droit à l'image :

« Toute personne à, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion sans son autorisation »

J'autorise / Je n'autorise pas ... la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées par le centre de loisirs à des fins d'illustrations dans ses différents supports de communication : site internet, journaux ...

### J'autorise l'enfant :

- à participer aux activités organisées par l'association  OUI;  NON
- à voyager en voiture individuelle et par moyen de transport collectif  OUI;  NON

### Je m'engage :

- à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- à prévenir le centre de tout désistement la veille du jour concerné avant 12h, le vendredi pour le week-end et le lundi

**Je soussigné(e) .....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

**Date et Signature du responsable**  
**Précédées de la mention «lu et approuvé »**