

FICHE D'INSCRIPTION



2024 ACCUEIL DE LOISIRS

Adhésion valable du 1^{er} Janvier au 31 Décembre de l'année en cours

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

Nom Prénom Sexe M F

Adresse : Code Postal

Ville/Commune..... Quartier.....

Téléphone du jeune : Date de Naissance :/...../.....

N° de Sécurité Sociale :

Observations médicales particulières à signaler :

RESPONSABLES LÉGAUX DU JEUNE

Nom / Prénom du père :

Adresse :

Code Postal..... Ville

Téléphone domicile :

Portable :

Mail :

Profession :

Nom / Prénom de la mère :

Adresse :

Code Postal..... Ville

Téléphone domicile :

Portable :

Mail :

Profession :

AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise mon enfant à sortir seul de l'accueil de loisirs à la fin des activités.
- J'autorise mon enfant à se déplacer avec les animateurs lors de sorties organisées uniquement sur Évreux.
- J'autorise l'équipe d'animation de l'Agora à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités et autorise que les images puissent apparaître sur les supports de communication. (site internet, réseaux sociaux, flyers,...).

⚠ En signant la présente fiche d'inscription, j'atteste avoir pris connaissance des documents relatifs au fonctionnement de l'Agora (projet pédagogique, statuts de l'association, règlement intérieur...) consultables à tout moment sur le site internet : www.lagora-asso.com



Date :

Signature des responsables légaux :

Programmes, Activités, Informations...
NUMERISEZ MOI!





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :