

# DOSSIER INSCRIPTION

Séjour accessoire 7-9ans



Accueil de loisirs des  
Elles des vignes



N° Allocataire CAF

Date du séjour : Mercredi 10 au vendredi 12 Juillet

## Pièce à joindre

Copie des Vaccins  
Attestations d'assurance

Protocole en cas d'allergies ou PAI (obligatoire)  
Test d'aisance aquatique (pour les activités aquatique)

## JEUNE

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

Lieu de naissance : ..... Sexe :  F  M Autorisation à l'image:  Oui  Non

Numéro de téléphone du Jeune : ..... (si portable)

## Renseignements médicaux

Médecin : ..... Ville : .....

N° de sécurité sociale ..... **P.A.I** :  Non  Oui (joindre copie)

J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins (joindre photocopie)

### Mon enfant a déjà eu :

rubéole  varicelle  scarlatine  coqueluche  rougeole  oreillons  rhumatismes articulaires

### Allergies

Asthme :  Oui  Non Alimentaires :  Oui  Non Médicamenteuse :  Oui  Non

Préciser l'allergie et la conduite à tenir : .....  
.....

**Régime alimentaire particulier**  Non  Oui lequel : .....

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé particuliers ou antécédents médicaux ?  
.....

## Autorisations

- J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées lors du séjour
- J'autorise mon enfant à être photographe dans le cadre des activités du séjour
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées

Mon enfant sait nager (sans brassards) :      oui                                      non

- J'autorise mon enfant à être transporté en mini bus tout au long du séjour
- J'autorise le responsable de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

# RESPONSABLES LEGAUX

**Responsable légal 1 :**  Père  Mère  tuteur

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone: Domicile:..... Portable:.....

Mail:.....

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

Tel travail:.....

**Responsable légal 2 :**  Père  Mère  tuteur

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone: Domicile:..... Portable:.....

Mail:.....

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

Tel travail:.....

## Garde de l'enfant parents séparés

Père

Mère

Garde alternée (Précision pour facturation)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la fiche sanitaire et m'engage à prévenir la direction de tout changement éventuel.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités de l'ALSH.  
Je déclare approuver son contenu et m'engager à m'y conformer.

Je m'engage à régler tous les frais d'inscription/adhésion indiqués, ainsi que les frais de séjour, dès le premier jour de présence de mon enfant.

A ....., le: .....

Signature du responsable légal