



PERSONNE A CONTACTER AUTRE QUE LE REPRESENTANT LEGAL

NOM et prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

Lien avec l'enfant : .....

NOM du médecin traitant..... Tél : .....

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

Lieu d'hospitalisation : .....

AUTORISATIONS

**J'AUTORISE** la directrice à prendre toutes les dispositions qu'elle jugera nécessaire en cas de maladie ou accident, y compris l'hospitalisation ou l'admission aux urgences.

**Atteste** que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique de toute activité physique et sportive et m'engage à fournir toute information d'ordre médical pouvant influencer sur ce type d'activité (asthme, allergies, insuffisance cardiaque, diabète...)

**Régime alimentaire :**

Normal  sans porc  Végétarien  Autre  sans poisson

**Arrivée et départ**

L'enfant peut-il repartir seul ?  Oui  non (uniquement pour les enfants de plus de 8 ans)

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant :**

Nom Prénom.....Lien avec l'enfant.....tél.....

Nom Prénom.....Lien avec l'enfant.....tél.....

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

(Fournir l'attestation d'assurance en plus)

NOM.....

Adresse.....

Téléphone .....

N°de la police d'assurance .....

COMPLEMENT D'INFORMATIONS

Votre enfant sait il (elle) nager ?  Ouit  Non

A-t-il (elle) son brevet de natation de 50 mètres ?  Oui  Non

Si **oui**, nous fournir une photocopie de son brevet

Votre enfant peut-il (elle) pratiquer toutes les activités physiques ?  Oui  Non

Si **non**, détailler les activités :

.....

#### AUTORISATION DE TRANSPORT

L'enfant prendra t'il le minibus pour se rendre au centre d'accueil et de loisirs ?  Oui  non

Arrêt de bus de départ : .....

Autorise  Refuse le transport de mon enfant par les membres de l'équipe d'animation dans le minibus de la Communauté d'agglomération de la région de Château Thierry

#### DROIT A L'IMAGE

Autorise  Refuse la Communauté d'agglomération de la région de Château Thierry à utiliser les photographies et les films vidéos pris pendant l'Accueil de loisirs afin d'assurer la communication de la collectivité (article de presse, site internet de la 4CB et plaquettes d'information...). Leur utilisation se fera à des fins non commerciales.

#### COMMUNICATION INTERCOMMUNALE

Dans le but de vous informer de la vie de la Communauté d'agglomération de la région de Château Thierry, de nos services, de nos manifestations mais également afin de développer un esprit communautaire, pour recueillir votre avis nous mettons en place un système d'information par e-mail.

Nous tenons à préciser que cette demande, n'ayant pas de caractère obligatoire, ne sera utilisée qu'à des fins de communication sur la Communauté d'agglomération de la région de Château Thierry et ne sera aucunement cédée à des tiers.

Autorise  Refuse la Communauté d'agglomération de la région de Château Thierry et le service enfance / jeunesse à nous transmettre ses mails d'information à l'adresse

mail suivante : .....@.....

#### ATTESTATION DES REPRESENTANTS LEGAUX

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties du centre de loisirs de la Communauté d'agglomération de la région de Château Thierry et m'engage à fournir une autorisation écrite pour chaque activités spécifique (mini camps, déplacements).

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier

Nom : .....Prénom : .....

Nom : .....Prénom : .....

Date : .....

Signatures des représentants légaux

#### PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

La fiche sanitaire de votre enfant dûment complétée  La photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé

Une attestation d'assurance (responsabilité civile)  Une copie de l'attestation CAF ou MSA

**Attention : tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte pour l'inscription de votre enfant**



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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 :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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

## ALSH DE BEZU ST GERMAIN

### ATTESTATION D'INSCRIPTION DES VACANCES DE LA TOUSSAINT : DU 21 AU 25 OCTOBRE 2019

Je soussigné(e).....atteste que j'inscris à l'accueil de loisirs de .....  
pour les vacances du ..... au ..... 2019, mon/mes enfant(s) :

Nom :..... Prénom :..... Âge :..... Commune de résidence :.....

Nom :..... Prénom :..... Âge :..... Commune de résidence :.....

	Garderie matin (7h/8h)	JOURNEE AVEC REPAS	JOURNEE SANS REPAS	Garderie soir (18h/19h)
Lundi 21 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi 22 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi 23 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi 24 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi 25 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signatures des parents :

#### **EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR LA FAMILLE**

	Garderie matin (7h/8h)	JOURNEE AVEC REPAS	JOURNEE SANS REPAS	Garderie soir (18h/19h))
Lundi 21 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi 22 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi 23 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi 24 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi 25 octobre 2019	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Toute inscription doit être réalisée au minimum 48h avant, il en est de même pour une désinscription.  
Week-end, non compris.**