



# FICHE D'INSCRIPTION

ANNEE.....

## 1. L'ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe F  M

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement scolaire \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

## 2. LES PARENTS

Nom et prénom père : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postal : ■ ■ ■ ■ ■

n° de téléphone du domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

N° SS.....

Régime : GENERAL  AGRICOLE  AUTRE

Autorité parentale : OUI  NON

Nom et prénom mère : .....

Adresse (si différente père) : .....

Ville : ..... Code Postal : ■ ■ ■ ■ ■

n° de téléphone du domicile : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

N° SS.....

Régime : GENERAL  AGRICOLE  AUTRE

Autorité parentale : OUI  NON

E-mail (pour envoi infos et factures): .....

N° carte d'adhérent : .....

	Père	Mère
Profession des parents		
Nom et adresse de l'employeur		
Téléphone		

Les allocations familiales sont versées par :

Nom de la caisse : .....

Adresse : .....

N° d'allocataire complet : \_\_\_\_\_

Montant Quotient familial : .....

Bon vacances autres : .....

Fait à .....

Le \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Signature des parents ou du tuteur légal

### 3- AUTORISATION PARENTALE

Nous, soussignés ..... autorisons les responsables de l'accueil de loisirs Familles Rurales à présenter mon enfant à un médecin en cas de besoin à donner des soins d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.  
Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du Docteur .....  
.....  
..... (nom, adresse, téléphone) ou l'hospitalisation  
à ..... (précisez le nom de l'hôpital ou de la clinique).

#### Nous autorisons notre enfant :

- à participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)
  - à participer aux court séjours et séjours  
à voyager :  en voiture individuelle  
 par moyen de transport collectif
  - à se baigner
  - à être pris en photo, à être filmé
- Nous autorisons la diffusion des photos et/ou des films      OUI       NON

Notre enfant :      sait nager       ne sait pas nager   
(NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre le poliomyélite)

#### Observations particulières (contre-indications alimentaires, maladies chroniques...) ou recommandations des parents pour l'enfant :

.....  
.....

#### Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

#### Sortie de l'enfant :

Nous n'autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement de l'accueil, que s'il est accompagné de .....  
ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître son identité auparavant à l'équipe d'animation.

L'accueil des parents s'effectuant entre 17h et 18h30, je m'engage à respecter ces horaires.

Lu et approuvé,  
Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Signature du tuteur légal