

DOSSIER D'INSCRIPTION

ACM* 3/ 12 ANS

ACM* 12/17 ANS

*ACM : Accueil Collectif de Mineurs

Site(s) d'accueil	Vacances scolaires	Accueil du mercredi
Ceton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le Theil-sur-Huisne (Val-au-Perche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Rouge (Val-au-Perche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saint-Germain-de-la-Coudre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espace Jeunes Le Theil-sur-Huisne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espace Jeunes Bellême	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ENFANT :

Nom.....Prénom.....Sexe : F M
 Date de naissance :..... /..... /..... Âge :ans N° Téléphone du jeune :

LE RESPONSABLE LÉGAL :

Père Mère Tuteur
 NomPrénom.....
 Adresse.....
 Code postal..... Ville
 Téléphone : domicile /... /... /... /... professionnel /... /... /... /...
 portable /... /... /... /... Adresse mail :.....
 Personne à prévenir en cas d'urgence :..... Tél :.....
 Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant :.....
 Tél :.....
 N° allocataire C.A.F : MSA :
 N° Sécurité Sociale :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON :

Vaccinations :

vaccins obligatoires	oui	non	dates	vaccins recommandés	dates
Diphtérie				hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Allergies :

ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSE ASTHME AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) **Ordonnance obligatoire.**

VOTRE ENFANT A-T-IL, ACTUELLEMENT, DES DIFFICULTES DE SANTE ? Y A-T-IL DES PRECAUTIONS A PRENDRE ?

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTECEDENTS MEDICAUX ? SI OUI, QUAND ET LESQUELS ? (opérations, maladies...)

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES... PRECISEZ

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e), Nom/Prénom.....autorise mon enfant.....

-à quitter seul le centre de loisirs après 17h00 :

OUI NON

-à participer à la baignade sous surveillance, selon la législation en vigueur

OUI NON

- l'enfant sait il nager ? (Si l'enfant l'a passé, pouvez-vous nous fournir son test d'aisance)

OUI NON

-à la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs / séjours de vacances :

OUI NON

-à la diffusion et la publication des photographies le représentant dans les cadres strictement énoncés ci-après :
Sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités et notamment la presse écrite et le site internet :

OUI NON **www.perchenormand.fr**

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation.

Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation.

Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

-Nous Autorisons OUI NON la direction et les animateurs à prendre les mesures nécessaires en cas de maladie ou d'accident, soit la consultation d'un médecin ou d'un spécialiste et autorise toute intervention chirurgicale si elle s'impose de fait.

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

**Communauté de Communes des Collines du Perche normand, 3 rue de la cidrerie, Le Theil/Huisne
61260 VAL-AU-PERCHE**

Tel : 02 37 49 63 51 / 02 37 49 60 54 Port : 06 42 22 09 56 Fax : 02 37 49 93 13

Courriel : enfance@perchenormand.fr site : www.perchenormand.fr

