

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

* IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom :	Prénom :
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
Ecole : <input type="checkbox"/> Jules Isaac <input type="checkbox"/> Jules Ferry <input type="checkbox"/> Autre	
Classe :	

* RESPONSABLES FAMILIAUX : (en lettre capitale svp)

Adresse de facturation : cocher PERE ou MERE

NOM /PRENOM du <input type="checkbox"/> PERE :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Tél maison :	Portable :
Employeur :	Tél :
Email :	
= IMPORTANT pour communiquer sur les réservations, programmes, sorties, projets, piques niques....	

NOM /PRENOM de la MERE :

Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Tél maison :	Portable :
Employeur :	Tél :
E.mail :	

N° Allocataire CAF :

Il nous permet d'accéder au site CAF pro afin d'avoir accès à votre quotient
Attention ! sans ce numéro, nous appliquerons le tarif maximum.

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

Médecin traitant :	Tél :
Antécédents médicaux/chirurgicaux :	
Allergie alimentaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, à quoi :	

Si **allergies alimentaires**, joindre un certificat médical délivré par un spécialiste.

Si problème de santé particulier, bien vouloir nous en informer.

Si traitement médical au cours de la journée de centre, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Régimes particuliers : Souhaitez vous que la viande de porc soit remplacée ?

oui non

Autres remarques ou recommandations :

Vaccinations : Joindre une photocopie des vaccins DT Polio obligatoires

AUTORISATIONS

- A prendre toutes les mesures utiles et à faire prodiguer tous les soins nécessaires **en cas d'accident** (médecin, hospitalisation...):

oui non

- A être pris en **photo/vidéo** pour vous transmettre des albums de photos des vacances :

oui non

- A participer à toutes les **activités extérieures** (sportives, manuelles, visites) :

oui non

- A **se déplacer** avec l'équipe : à pied, en vélo, car, si besoin en voiture assurée :

oui non

- A **rentrer seul** :

oui non

Précisez l'heure :

Pédibus : Lorsque qu'un enfant des écoles J-Isaac et J-Ferry est inscrit au centre de Loisirs le mercredi après midi, vous autorisez de fait les responsables scolaires à le confier aux animateurs à 12h.

Autres personnes autorisées à récupérer votre enfant :

Nom + tél :

Nom + tél :

Comme tout parents, celles ci doivent systématiquement se présenter à l'accueil

Il est impératif de nous signaler toute personne interdite et de fournir un justificatif

REGLEMENT INTERIEUR

Le centre de loisirs où vous inscrivez votre enfant fait partie de la Maison de Quartier qui est une association.

Cet Accueil Collectif de Mineur est agréé par la Direction Départementale de Cohésion Sociale et de la Protection des Populations et conventionné avec la CAF.

Assurance

La Maison de Quartier est assurée auprès de la MAIF pour ses activités et ses adhérents. Nous vous conseillons toutefois, de prendre une assurance complémentaire en responsabilité civile.

Inscriptions /Adhésions /Paiements

Pour **inscrire** votre enfant, vous devez 1/3 compléter ce dossier, 2/3 remplir une feuille de réservation et 3/3 fournir une photocopie des vaccinations à jour.

En cas de modification (tél, adresse, autre), merci de bien vouloir nous en informer par écrit, mail, téléphone, dès que possible.

Désistements : les mercredis : tout désistement la veille ou le jour même sera facturé
périodes de vacances : il faut nous prévenir 1 semaine avant (sauf raison médicale)

Rappel : Facturation en fonction du quotient familial.
(N° CAF à fournir obligatoirement).

Paiements à effectuer dès réception de la facture.
Chèques Vacances et Chèques Emploi Service Universel acceptés.

Horaires d'accueil et activités

Nous vous demandons de bien vouloir respecter les horaires du centre de loisirs (cf planning ou le tableau "infos accueil de loisirs") qui indiquent parfois des spécificités.

En signant au bas de cette fiche, vous vous m'engagez à rembourser les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques

Je soussigné(e) Mr ou Mme
parent de
Atteste avoir pris connaissance de ces informations,
Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche.

Document à signer (en ligne ou sur place) :

Valable du 1er septembre 2018 à fin juillet 2019



DOSSIER D'INSCRIPTION
Année 2018-2019

Accueil de Loisirs
LA BELLANGERAIS

4 – 12 ans

Maison de Quartier La Bellangerais – Centre de Loisirs
5 rue du Morbihan
35700 Rennes
Tél: 02.99.27.21.16 / 02.99.27.21.17
enfance@labellangerais.org