

Animation fréquentée:.....

Adhérent.e

Nom : Prénom :
 Sexe : Date de naissance :/...../..... Adulte ☐ Enfant (- 18 ans) ☐
 Nationalité:..... Ecole/College fréquenté(e):..... Classe (2020/2021) :.....
 Adresse de l'adhérent(e):.....
 Code postal:..... Ville:.....
 Téléphone de l'adhérent(e): Portable de l'adhérent(e):
 Mail de l'adhérent(e) ou autre (**vivement conseillé**):.....
 Numéro responsabilité civile:..... Nom de la compagnie:.....

Merci de régler l'adhésion 2020/2021 (01/09/2020 au 31/08/2021) : 7 € pour les - 18 ans, 12 € pour les adultes, 20 € famille

Droit à l'image

J'autorise la prise et la diffusion de mon image, ou celle de mon enfant dans le cadre des activités d'AILAN pour les usages suivants: exposition, presse locale, site web et Facebook. **Oui ☐ Non ☐**

Pour les mineurs

Situation des parents: Mariés ☐ Pacsés ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Union libre ☐ Veuf(ve) ☐

1er parent

Nom:..... Prénom:.....
 Profession : Tel travail:.....
 Employeur :
 Tel portable:
 Adresse:.....
 Mail:.....

2ème parent

Nom:..... Prénom:.....
 Profession : Tel travail:.....
 Employeur :
 Tel portable:
 Adresse:.....
 Mail:.....

CAF ☐

MSA ☐

AUTRE

Numéro et nom de l'allocataire:.....
 Quotient familial : Date d'effet:.....

Aide aux devoirs

(collégiens 6ème et 5ème)

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Inscription pour les Accueils de Loisirs des Mercredis 2020/2021

(Entourez vos dates d'inscription)

Journée entière ☐

Demi-journée (Ecoles publiques de Châteauneuf avec repas inclus) ☐

Sept					Oct		Nov			Déc			Janv				Fév		Mars					Avr		Mai				Juin				
2	9	16	23	30	7	14	4	18	25	2	9	16	6	13	20	27	3	24	3	10	17	24	31	7	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30

Je soussigné (e) M, Mme.....

- **Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions de participation de l'AILAN**
- Autorise le responsable de l'activité, à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation..) rendues nécessaires par l'état de l'adhérent (e)
- Déclare exacts les renseignements portés dans ce dossier d'adhésion

Cadre réservé à l'administration:

Date: Signature, précédée de la mention " lu et approuvé "

**FICHE SANITAIRE DE
LIAISON**

Enfant/Jeune

2020/2021

NOM:

PRENOM:

Né(e) le:

TEL EN CAS D'URGENCE:...../.....
N°SECURITE SOCIALE QUI COUVRE L'ENFANT:.....
NOM ET NUMERO DU MEDECIN TRAITANT:.....

Informations médicales et difficultés de santé

Nom du vaccin	Date du dernier vaccin	L'enfant suit-il un traitement médical* ?	Oui ☐ Non ☐
	Le:.....	Date et durée du traitement:.....	
	Le:.....	L'enfant a-t'il une allergie* ?	Oui ☐ Non ☐
	Le:.....	Si oui, merci de préciser la conduite à tenir:.....	
	Le:.....		
	Le:.....		
	Le:.....	L'enfant a t'il un régime alimentaire* particulier?	Oui ☐ Non ☐
	Le:.....	Si oui, merci de préciser :.....	

Indiquez les **difficultés de santé** ou **problèmes rencontrés** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, asthme, opération, lunettes, diabolos, prothèse dentaire ou auditive, troubles du comportement, évènement familial, séparation, décès, agression...) en précisant les dates et les précautions à prendre:.....

*** Si Traitement, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants**
(Médicaments dans leur emballage marqués au nom de l'enfant avec la notice et remis au responsable)
Si alimentaire, merci de fournir un Protocole d'Accueil Individualisé fait par le médecin traitant

Personnes habilitées à venir le chercher (autre que les parents)

Nom et prénom :	Lien de parenté :	Tel :
Nom et prénom :	Lien de parenté :	Tel :
Nom et prénom :	Lien de parenté :	Tel :
Nom et prénom :	Lien de parenté :	Tel :

Autorisation à partir seul(e)

J'autorise mon enfant (+ de 11 ans) à quitter seul(e) L'AILAN: Oui ☐ Non ☐ Si oui heure de départ:.....

Je soussigné (e) M, Mme..... responsable légal de l'enfant,.....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire
- Certifie que les vaccins de mon enfant sont à jour
- Autorise le responsable du séjour, à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation..) rendues nécessaires par l'état de l'adhérent.

Date:

Signature, précédée de la mention " lu et approuvé "