



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 "** .....

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 <b>traitement médical*</b> ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Le:.....	Date et durée du traitement:.....	
	Le:.....	L'enfant a-t'il une <b>allergie*</b> ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Le:.....	Si oui, merci de préciser la conduite à tenir:.....	
	Le:.....	.....	
	Le:.....	.....	
	Le:.....	L'enfant a-t'il un <b>régime alimentaire*</b> particulier? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	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 "