



Animation fréquentée:.....

Adhérent.e

Nom : **Prénom :**

Sexe : Date de naissance :/...../..... Adulte Enfant (- 18 ans)

Nationalité:..... Ecole/College fréquenté(e):..... Classe (2021/2022) :.....

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 2021/2022 (01/09/2021 au 31/08/2022) : 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 2021/2022

(Entourez vos dates d'inscription)

Journée entière

Demi-journée (seulement pour les collégiens)

Sept				Oct			Nov			Dec			Janv			Fev			Mars			Avr		mai			juin			juil					
8	15	22	29	6	13	20	10	17	24	1	8	15	5	12	19	26	2	9	2	9	16	23	30	6	13	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6

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
	Le:.....
	Le:.....
	Le:.....
	Le:.....
	Le:.....
	Le:.....

L'enfant suit-il un **traitement médical*** ? Oui Non
Date et durée du traitement:.....

L'enfant a-t'il une **allergie*** ? Oui Non
Si oui, merci de préciser la conduite à tenir:.....

L'enfant a-t'il un **régime alimentaire*** particulier? Oui Non
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:.....

BREVET de NATATION: obtenu (Les activités nautiques ne pourront pas être pratiquées par l'enfant si le document n'est pas fourni)

*** 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 "