

DOSSIER D'INSCRIPTION

2023-2024

PARTICIPANT.E

Animation fréquentée:

- ALSH
 Ateliers
 école de sport
  **Coup de Pouce (classe 6ème):**
 Mardi
 Jeudi

Si Atelier, merci de préciser lequel :

Nom et Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

sexe:



Adresse postale :

.....

Code postal et ville :

.....

N° Tél :

.....

Mail :

.....

N° responsabilité civile et nom de la compagnie :

.....

Contact Personne de confiance à contacter en cas d'incident :

.....

ADHÈSION

Merci de régler l'adhésion 2023/2024 (01/09/2023 au 31/08/2024):

- 7€ pour les -18ans;
- 12€ pour les adultes
- 20€ pour les familles

Règlement effectué par :

chèque espèce Chèque vacances

Nom et Prénom des participants si adhésion famille :

.....

.....

.....

Cadre à remplir par les familles

Mail de l'adhérent ou des 2 parents

.....

.....

AUTORISATIONS

Je souhaite être abonné(e) à la Newsletters d'AILAN

oui non

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, réseaux sociaux...

oui non

J'autorise le personnel à transporter le participant (enfant/adulte) dans le cadre des sorties organisées par AILAN

oui non

J'autorise mon enfant de + de 11 ans à partir seul d'AILAN

oui non

Personnes habilitées à venir chercher mon enfant:

Nom, Prénom et lien de parenté N° de tel.....

Nom, Prénom et lien de parenté N° de tel.....

Nom, Prénom et lien de parenté N° de tel.....

SIGNATURE OBLIGATOIRE AU DOS



Classe et école fréquentée:

.....
.....

POUR LES MINEURS

◆ Situation des parents : Marié(e) Pacsé(e)s Séparé(e)s Divorcé(e)s Union Libre Veuf(ve) ◆

PARENT 1

PARENT 2

Nom et Prénom:
.....

Profession et Employeur:
.....

N° de tel perso:
.....

N° de tel travail:
.....

Nom et Prénom:
.....

Profession et Employeur:
.....

N° de tel perso:
.....

N° de tel travail:
.....

FICHE SANITAIRE



Brevet de Natation obtenu

◆ Oui ◆ Non

Les activités nautique ne pourront pas être pratiquées par l'enfant si le document n'est pas fourni

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

L'enfant a-t-il une allergie ? oui non

Si oui, merci de fournir un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé):
.....

L'enfant a-t-il un régime particulier ? oui non

Si oui, merci de préciser :
.....

Merci d'indiquer toute information qui serait susceptible d'aider votre enfant durant son accueil (ses besoins, problèmes rencontrés, contexte familiale, santé etc):
.....
.....

◆ CAF ◆ MSA ◆ AUTRE.....

N° Allocataire :.....

Nom Allocataire:
.....

Quotient Familial:.....

Date d'effet:.....

La Photocopie des vaccins est obligatoire Merci de la transmettre

◆ Reçu ◆ Non Reçu

N° sécurité sociale qui couvre l'enfant:
.....

Nom et N° du médecin traitant:
.....
.....

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

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

Date, signature précédée de la mention "Lu et approuvé"