



Maison des associations
2 rue du stade 44610 INDRE

NOM.....
 Prénom
 Date de naissance
 Fille Garçon
 Nom et prénom des responsables légaux de l'enfant
 Mr
 Mme
 Mariés Séparés Autres :
 Adresse

 Tel Mère
 Tel Père
 E-mail

Numéro CAF : /... Nom Allocataire :

- Profession du père :
- Nom et adresse de l'employeur :
- Tel :
- Profession de la mère :
- Nom et adresse de l'employeur :
- Tel :

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je, soussigné Mr ou Mme
 Responsable légal de l'enfant.....

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur ainsi que des conditions d'inscription à l'ACLEEA.
- Inscrit mon enfant à l'ACLEEA et l'autorise à participer à toutes les différentes activités proposées par les organisateurs (baignade, activités nautiques, activités à risques etc...)
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir avant ou après la prise en charge effective des enfants par les animateurs. En conséquence les familles doivent obligatoirement s'assurer de la présence effective d'un personnel de l'ACLEEA avant de déposer son enfant.
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures médicales rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à Le/...../..... Signature du responsable légal

RESERVE AU SERVICE	
Année
Activités

QUOTIENT
<input type="checkbox"/>	CAF
<input type="checkbox"/>	NON CAF
<input type="checkbox"/>	COMMUNE
<input type="checkbox"/>	HORS COMMUNE

Personnes (+numéro) à prévenir en cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux :

.....

ASSURANCE

Assureur : N° de police :

VACCINATIONS à remplir à partir du carnet de santé (ou fournir une photocopie du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITIQUE-ANTIDIPHTERIQUE-ANTITETANIQUE-ANTICOQUELUCHEUSE			
Préciser s'il s'agit du : DT Polio, DT Coq, Tétracoq, PENTACOQ, etc...			
Vaccins	Dates	Vaccins	Dates
	/ /		/ /
	/ /		/ /
	/ /		/ /
ANTIBERCULEUSE (BCG)		AUTRES VACCINS (préciser)	
1 ^{er} vaccin			/ /
revaccination			/ /
TEST TUBERCULUNIQUES (monotest)			/ /
Date +/-	Date +/-		/ /

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE : (allergies, maladies, etc.)

.....

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné Mr ou Me.....
 Responsable légal de l'enfant

Autorise les organisateurs à laisser mon enfant (*rayez la mention inutile*)

- Parents
- A rentrer seul à notre domicile
- Partir accompagné des personnes dont les noms et prénoms suivent

.....
 à l'issue de sa journée de centre de loisirs ou séjours, de l'accueil. Chaque jour de présence quelle que soit la période et décharge l'organisateur de toute responsabilité en cas d'accident et d'incidents pouvant survenir sur le trajet du retour.

Fait à Le/...../..... Signature du responsable légal