



Autorisations spéciales !!

Je soussigné (e)

Responsable légal de l'enfant

Autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs

N'autorise pas mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs

Autorise les personnes suivantes à venir le chercher

Nom, Prénom

Nom, Prénom

Droit à l'image

Il arrive parfois que les animateurs soient amenés à prendre des photos, filmer ou enregistrer. Ces documents sonores ou visuels sont utilisés exclusivement pour illustrer et valoriser les actions faites par les enfants sur le temps d'accueil de loisirs, c'est-à-dire : Dans le cadre des actions de communication : site web, article de presse, blog...

Je soussigné (e)

Responsable légal de l'enfant

Déclare autoriser l'ALSH de PONTEILLA-NYLS à utiliser les documents visuels et sonores sur lesquels peut apparaître mon enfant, réalisé dans le cadre de l'accueil de loisirs Ponteilla-Nyls.

Fait à Le.....

Signature :



Ponteilla-Nyls
Cultivons l'avenir

MAIRIE PONTEILLA-NYLS

Rue du Conflent

66300 PONTEILLA

Dossier d'inscription

Accueil de loisirs Ponteilla - Nyls

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Âge :

Commune de résidence :

Établissement scolaire :

Responsable légal de l'enfant

Nom du père :

Prénom :

Adresse mail :

Adresse :

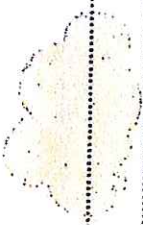
.....

 Domicile :

 Travail :

 Portable :

Profession : Employeur :



Nom de la mère :

Prénom :

Adresse mail :

Adresse :

.....

 Domicile :

 Travail :

 Portable :

Profession : Employeur :

Je soussigné(e) autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et selon les indications du corps médical consulté.

Fait à Le

Signature :

Fiche sanitaire

Personne à contacter, (en dehors des parents)

en cas de nécessité, pendant le fonctionnement de l'accueil de loisirs :

Nom :

Médecin traitant

Nom :

Assurance extra-scolaire :

Vaccins obligatoires

Diphtérie, tétanos, polio Date :/...../.....

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole Varicelle Scarlatine

Coqueluche Rougeole Oreillons

Votre enfant souffre-t'il d'allergies ou d'intolérances de type :

Asthmatique Médicamenteuse :

Alimentaire :

Autres :

Votre enfant a-t'il un handicap particulier ?

Non Oui, lequel :

Autres remarques :

Pièces à fournir

→ Attestation d'assurance extra-scolaire

→ Carnet de vaccination à jour

→ Ordonnance si traitement médical