



# Fiche inscription animation

## Centre de loisirs, animations jeunesse.

À remplir intégralement pour toute inscription au centre social

Pièces à joindre :

- Si QF < 920 et inscription aux vacances ➔ Fiche aide aux vacances
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation de QF / Avis d'imposition

Cadre réservé à l'administration	
<input type="checkbox"/> Copie carnet de vaccination	<input type="checkbox"/> QF
<input type="checkbox"/> Fiche "Aide aux vacances" si QF < 920	
Activités :	
<input type="checkbox"/> Moz.	<input type="checkbox"/> Cho.P <input type="checkbox"/> Cho.MG <input type="checkbox"/> Jeun.
Santé	
<input type="checkbox"/> AEEH	<input type="checkbox"/> PAI

### Informations sur l'individu :

<b>Identité</b>	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Nom : .....	Prénom : .....	Date de naissance : .....	
Régime alimentaire :	<input type="checkbox"/> Classique	<input type="checkbox"/> Sans viande	<input type="checkbox"/> Végétarien
École : .....	Classe : .....		
☎ Téléphone : .....			

<b>Animation enfance jeunesse:</b>	<input type="checkbox"/> Enfance mercredis	<input type="checkbox"/> Enfance vacances	<input type="checkbox"/> Jeunesse (11-17 ans)
------------------------------------	--	---	---

### Informations familiales

<b>Responsable 1 :</b>	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Nom :	.....	
Prénom :	.....	
Date de naissance :	...../...../.....	
Situation familiale :	.....	
N° de téléphone :	.....	
Email :	.....@.....	

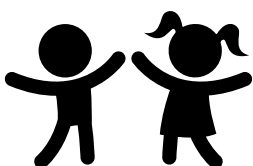
<b>Responsable 2 :</b>	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Nom :	.....	
Prénom :	.....	
Date de naissance :	...../...../.....	
N° de téléphone :	.....	
Email :	.....@.....	

<b>Adresse :</b>
N° et Rue : .....
Code postal : ..... Ville : .....

<b>Informations financières :</b>	Quotient familial: <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block; width: 100px; height: 40px;"></span>
Nom / prénom de l'allocataire : .....	
Régime: <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre : ..... N° allocataire : .....	

### Contacts d'urgence

Lien avec l'inscrit-e ?	Autorisé à récupérer ?	Nom	Prénom	Téléphone	Mail
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				



## Informations médicales

<b>Difficultés et recommandations de santé :</b>	<i>(besoins d'aménagements spécifiques, difficultés alimentaires, prothèses...)</i>
..... .....	
<b>Asthme et allergies</b>	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Allergies médicamenteuses <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires
Causes et conduites à tenir : ..... .....	

<b>Projet d'accueil individualisé (P.A.I.)</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Détails: ..... .....	
<b>Allocation éducation enfant handicapé (AEEH)</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, n° de dossier : .....
Détails: ..... .....	

## L'inscrit·e a t'il·elle eu les maladies suivantes ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Scarlatine</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b>	<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## Dates des rappels de vaccination

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
Diphtérie	/ /	Hépatite B	/ /
Tétanos	/ /	Rubéole oreillons rougeole	/ /
Poliomyélite	/ /	Coqueluche	/ /
Ou DT polio	/ /	BCG	/ /
Ou Tétracoq	/ /	Autres (préciser)	/ /

<b>Autorisations familiales</b>
<input type="checkbox"/> <b>Autorisation de Prise en Charge Médicale</b> J'autorise le Centre Social Chorier Berriat à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale, y compris le transport à l'hôpital et l'administration de premiers soins.
<input type="checkbox"/> <b>Autorisation d'Utilisation des Images (Photos/Vidéos)</b> J'autorise l'association à utiliser des photos/vidéos de notre famille prises lors des activités, pour diffusion sur tout support (presse, internet, publications, etc.)
<input type="checkbox"/> <b>Autorisation de Communication</b> Le-la·les responsable(s) légal·aux accepte(nt) de recevoir des communications de l'association concernant les activités, événements et informations.
<input type="checkbox"/> <b>Attestation de Lecture du Règlement Intérieur</b> Le-la·les responsable(s) légal·aux déclare(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association du Centre Social Chorier Berriat et s'engage(nt) à le respecter.

<input type="checkbox"/> <b>Autorisation de Sortie Autonome de l'Enfant</b> J'autorise mon enfant à rentrer seul·e après les activités, sous réserve de l'accord préalable de la direction.	Signature de la direction:
--	----------------------------

## Signature du ou des Responsable·s Légal·aux

<b>Responsable 1</b>

<b>Responsable 2</b>

Fait à : .....
Le : .....