

DOSSIER D'INSCRIPTION 2023-2024

Animation fréquentée:

- ALSH
 Ateliers
 école de sport

Si Atelier, merci de préciser lequel :

Coup de Pouce (classe 6ème):



- Mardi
 Jeudi

PARTICIPANT.E

Nom et Prénom:

.....

Date de naissance:

.....

Sexe:



N° de responsabilité civile + nom
de la compagnie

.....

.....



.....

.....

.....



.....

.....



de l'adhérent ou
du/des parent/s

.....

.....

Personne (autre que les parents) à contacter en
cas d'urgence:

.....

ADHESION

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 :

- Espèces Chèque vacances
 Chèque Virement bancaire

Nom et Prénom des participants si
adhésion famille :

.....

.....

.....

AUTORISATIONS



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

- oui non



J'autorise la prise et la diffusion de mon image et de ma voix,
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.....



POUR LES MINEURS



Brevet de Natation obtenu



Oui



Non

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



Classe et école fréquentée:

.....
.....

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

PARENT 1

Nom et Prénom:

.....

Profession et Employeur:

.....

.....

N° de tel perso:

.....

N° de tel travail:

.....

PARENT 2

Nom et Prénom:

.....

Profession et Employeur:

.....

.....

N° de tel perso:

.....

N° de tel travail:

.....



CAF



MSA



AUTRE.....

N° Allocataire :.....

Nom Allocataire:.....

Quotient Familial:.....

Date d'effet:.....

FICHE SANITAIRE

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui, merci de préciser :



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 ?

Si oui, merci de préciser :



oui



non

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

- Déclare 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, hospitalisation etc...)

La Photocopie des vaccins est obligatoire Merci de la transmettre



Reçu



Non reçu

N° sécurité sociale qui couvre l'enfant:

.....

Nom et N° de téléphone du médecin traitant:

.....

.....

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