

NOM du jeune :

PRENOM :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

N° Tél Portable du jeune :

E-mail perso du jeune :

PHOTO
RECENTE
OBLIGATOIRE

COORDONNEES DES PARENTS/TUTEURS LEGAUX

**NOM ET PRENOM DU
PERE/TUTEUR :**

**NOM ET PRENOM DE LA
MERE /TUTRICE :**

ADRESSE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

CP : VILLE :

PROFESSION :

PROFESSION :

☎ DOMICILE :

☎ DOMICILE :

☎ TRAVAIL :

☎ TRAVAIL :

☎ PORTABLE :

☎ PORTABLE :

E-mail :

E-mail :

**SI INJOIGNABLE, PERSONNE A CONTACTER EN CAS
D'URGENCE : NOM ET TEL :**

N° C.A.F :

N° SECURITE SOCIALE :

FICHE D'INSCRIPTION 2020-2021

A.N.C.R.E

(Association Nature Culture Rencontres Echanges)

Inscription valable du 1^{er} septembre 2020 au 31 août 2021

➔
(suite)

Si parents séparés, merci de préciser le parent responsable et le type de garde (alternée ou non, fréquence des visites) :

Joindre la décision du juge dans le dossier d'inscription.

Je soussigné(e)

responsable légal de

- Certifie avoir souscrit une assurance civile pour mon enfant dans le cadre extra-scolaire.
- Autorise l'A.N.C.R.E à transporter mon enfant dans ses véhicules.
- Autorise l'A.N.C.R.E à utiliser, sans but lucratif, les photos ou vidéos prises de mon enfant lors des activités afin d'alimenter le site internet, le "Facebook" de l'association et/ou les pages des journaux locaux.
- **Autorise mon enfant à quitter l'A.N.C.R.E seul(e) :**

OUI

OUI mais seulement à la fermeture de l'accueil

NON

Cochez votre choix

Nous vous rappelons que les parents ou tuteurs légaux sont responsables de leur enfant dès lors qu'il quitte le lieu d'accueil ou que le local ferme ses portes.

La famille ou responsable légal, ainsi que le jeune concerné, certifient avoir pris connaissance du Projet pédagogique et du règlement de l'ANCRE (inclus dans le projet) et s'engagent à le respecter.

DATE :

SIGNATURES DU/DES RESPONSABLE(S)

LEGAUX ET DU JEUNE :

Réservé à l'administration

Moyen de paiement de l'adhésion

CHQ / VIR / ESP / CV



ANCRE / Année 2020-2021

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****L'ENFANT**NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).**JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATIONS****SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION****2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants**(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)****Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**A titre indicatif : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui nonMÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussignée, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :