

DEPARTEMENT
DE SEINE ET MARNE

REPUBLIQUE FRANCAISE

MAIRIE de LUZANCY
77138

Arrondissement de MEAUX

Canton de la Ferté-sous-Jouarre

☎ : 01.60.23.61.57

📠 : 01.60.23.51.21

Mairie.luzancy@wanadoo.fr

FICHE
D'INSCRIPTION
Année 2019-2020

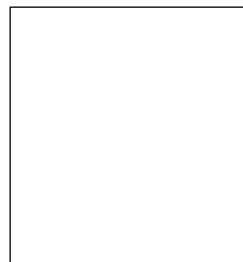
ASSOCIATION SPORTS
LOISIRS POUR TOUS
17 bis rue de Reuil
77260
LA FERTE-SOUS-JOUARRE
Tel : 01 60 22 15 95
Blog : aslptlaferte.com



ENFANT NOM.....
 Prénom

Date de naissance

Sexe F - M -



Inscription de l'enfant à l'accueil périscolaire :
(mettre autant de croix que nécessaire)

MATIN OUI NON à partir de

SOIR OUI NON jusqu'à

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant

Mr

Mme

Adresse

.....

Ville

Tel domicile

Tel portable

E-mail

Numéro sécurité sociale :/.....

Numéro d'Allocataire CAF :

• Profession du père : (facultatif).....
Nom et adresse de l'employeur :
Tel : Tel portable
Adresse mail :

• Profession de la mère (facultatif):.....
Nom et adresse de l'employeur :
Tel : Tel portable
Adresse mail :

Déclaration du responsable légal de l'enfant

Je soussigné (e) Mr ou Mme

- Inscrit mon enfant dans le cadre de l'accueil périscolaire assuré par l'ASLPT
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur ainsi que des conditions d'inscription à l'ASLPT
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les organisateurs
- Autorise l'association à prendre des photos liées à son activité et les utiliser dans un cadre de promotion et d'information sur différents supports (site internet, plaquettes, panneau d'affichage, etc. ...).
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité 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'ASLPT avant de déposer son enfant, ainsi que respecter les horaires de fermeture.**
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les organisateurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Autorise les organisateurs à assurer la sortie de l'enfant, sauf avis médical contraire, après des actes hospitaliers et/ou après hospitalisation.

Personnes à prévenir en cas d'impossibilité de joindre les responsables légaux

1 : Nom : Prénom : Tél
2 : Nom : Prénom : Tél :

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

FICHE MEDICALE

De l'enfant

NOM :

PRENOM :

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 (mono test)			/ /
Date +/-	Date +/-		/ /

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE :
(Allergies, maladies, traitement ALD,...)

.....
.....
.....

Fait à

Le .../.../.....

Signature du responsable légal