

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](mailto:Mairie.luzancy@wanadoo.fr)

**FICHE**  
**D'INSCRIPTION**  
**Année 2018-2019**

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



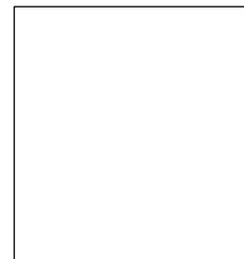
**ENFANT**

NOM.....

Prénom .....

Date de naissance .....

Sexe F - M -



**Inscription de l'enfant à :**

(mettre autant de croix que nécessaire)

➤ **A l'accueil périscolaire:**

**MATIN** OUI  NON

à partir de .....

**SOIR** OUI  NON

jusqu'à .....

➤ **Les Mercredis Après-Midi :** OUI  NON

de ..... 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 et/ou de loisirs (les mercredis) 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 (baignade, etc...)
- 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 : ..... Tel : .....  
2 : Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

### AUTORISATION DE SORTIE :

Pour les mercredis, mon enfant fréquentera la garderie après le centre de loisirs et :

- **Pourra rentrer seul (e) à notre domicile (pour les enfants de plus de 9 ans)**
- **Ne repartira qu'accompagné des personnes dont les noms et prénoms sont cités ci-dessus.**

Fait à .....

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

Signature du responsable légal

## FICHE MEDICALE

### 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 <sup>er</sup> 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