# 

# **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 2020-2021**

**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 :**

(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, Tétra coq, PENTACOQ, etc. …** | | | |
| Vaccins | Dates | Vaccins | Dates |
|  | / / |  | / / |
|  | / / |  | / / |
|  | / / |  | / / |
| **ANTIBERCULEUSE (BCG)** | | **AUTRES VACCINS (préciser)** | |
| 1er 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