



DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS ADOLESCENTS DE BRIE

16590 BRIE - 05.45.69.24.37



2024-2025

2025-2026

2026-2027

Inscription aux activités du centre

Cocher la ou les cases désirées
Pour votre mode d'inscription

2024-2025
Inscription accueil libre 2025-2026
2026-2027

NOM et Prénom de l'enfant.....
Né(e) le / / à
Adresse
.....
Téléphone du domicile Numéro de portable du jeune.....
Adresse mail :

Responsable légal de l'enfant : Les deux parents Père Mère Tuteur

Préciser pour les couples séparés, le nom et l'adresse de la personne à facturer

NOM / Prénom du Père

NOM / Prénom de la Mère

.....

.....

Tél. portable :

Tél. portable :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Tél. travail :

Tél. travail :

N° Allocataire CAF / MSA Quotient familial :

N° Sécurité Sociale (ou MSA) :

Adresse centre payeur :

Nom et Adresse Mutuelle :

.....

N° contrat

Nom et Adresse Assurance extra-scolaire :

.....

N° contrat

Nom et Adresse Comité d'Entreprise :

.....

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (après les parents)

| Nom - Prénom | Lien de parenté | N° de téléphone |
|--------------|-----------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Autorisation de sortie :

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre après la fin des activités OUI NON

Personnes autorisées à récupérer mon enfant : (en plus des responsables légaux)

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Nom / Prénom :

Autorisations parentales :

Je soussigné,
responsable légal de l'enfant

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| - déclare à ce jour que mon enfant ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités proposées, à la vie en collectivité | | |
| - autorise mon enfant à participer aux activités programmées par l'accueil de loisirs Adolescents de Brie aux conditions prévues par le règlement ci-joint | | |
| - autorise mon enfant à être transporté en mini-bus ou en autocar lors des sorties | | |
| - autorise mon enfant à être transporté dans la voiture particulière du directeur ou de la Mairie en cas de nécessité de déplacement lors des sorties | | |
| - déclare que mon enfant sait nager et qu'il est apte à participer aux sports « nautiques » | | |
| - autorise l'A.L.S.H à faire soigner mon enfant et à pratiquer le cas échéant toutes mesures d'urgence (traitement médical, intervention chirurgicale...) rendus nécessaire par l'état de l'enfant suivant les prescriptions du médecin de permanence | | |
| - autorise l'A.L.S.H à prendre des photos de mon enfant liées aux activités du centre de loisirs et à les diffuser (Vivre à Brie, Charente Libre, site Internet du centre, réseaux sociaux) | | |
| - reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur joint, des règles de vie et de l'ensemble des informations | | |

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1. ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE
.....
GARÇON FILLE

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Joindre une photocopie des vaccins obligatoires (toutes les pages).

3. L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? (Entourer la bonne réponse)

| | | | | | | | | | |
|------------|-----|-----------|-----|----------|-----|-----------------------------------|-----|------------|-----|
| RUBEOLE | | VARICELLE | | ANGINE | | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | | SCARLATINE | |
| oui | non | oui | non | oui | non | oui | non | oui | non |
| COQUELUCHE | | OTITE | | ROUGEOLE | | OREILLONS | | | |
| oui | non | oui | non | oui | non | oui | non | | |

4. ALLERGIES :

Alimentaires oui non Médicamenteuses oui non
Asthme oui non Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR
(si automédication le signaler)

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

5. INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

6. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... Précisez.

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

Afin de faciliter l'accueil de l'enfant et l'échange entre la famille et l'équipe, le jeune et le reste du centre, il y a-t-il des situations, pathologies, problèmes psychologiques, familiaux, allergies... Précisez oui non

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

7. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (pendant le séjour, si différente de l'adresse de facturation)

.....
.....

NOM et TEL DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)

.....
.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.



Date et Signature du responsable légal

Précédé de la mention « Lu et approuvé »

| |
|-----------|
| 2024-2025 |
|-----------|

| |
|-----------|
| 2025-2026 |
|-----------|

| |
|-----------|
| 2026-2027 |
|-----------|