



*Communauté des Communes Bastide et Châteaux en Guyenne
Intercommunalité des Cantons de Monflanquin et de Cancon*

Accueil de Loisirs de Cancon « Les Rigolos »

Route de Boudy – 47290 CANCON

05-53-01-73-06

centreloisirsrigolos@orange.fr

Accueil de Loisirs Intercommunal

Lac du Coulon – 47150 MONFLANQUIN

05-53-36-41-38 – Bur. 05-53-49-55-80

FICHE D'INSCRIPTION

Renseignements concernant l'enfant :

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le : à : Age :

Sexe Masculin Féminin

Bénéficiaire CAF : oui non N° allocataire :

Bénéficiaire MSA : oui non N° MSA :

Renseignements concernant le(s) responsables légaux :

Mère :

Situation de famille

Adresse

.....

code postal Ville

Profession : lieu

Tél. domicile

Tél. travail

Tél. portable

Adresse Mail :

Père :

Situation de famille :

Adresse :

.....

Code postal : Ville

Profession : lieu

Tél. domicile :

Tél. travail :

Tél. portable :

Adresse Mail :

Déplacements de l'enfant :

Personne habilitée à venir chercher l'enfant :

Autres personnes

.....

Autorisation de retour seul : oui non

Personnes non autorisées :

Autorisations

Autorisation de sorties pour les journées extérieures	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorisation de voyager en voiture	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorisation de faire activité piscine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autorisation de prendre en photo (activité interne)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Informations médicales

Médecin traitant : Nom et Prénom.....
Adresse.....
Tél.....

En cas d'urgence lieu d'hospitalisation
Tél.

Groupe sanguin :.....
Rhésus :

Vaccins : DTP
BCG
Autres.....

Observations particulières (traitement médical, régime alimentaire, allergies, énurésie, lunettes, appareil dentaire, ...)

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

Personne à prévenir en cas d'urgence et n° de téléphone :

- 1^{ère} pers.
- 2^{ème} pers.
- 3^{ème} pers.

Responsable légal de l'enfant

Je soussigné(e) en qualité de
..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à

Le

Signature

Cocher les cases correspondantes.