FICHE D'INSCRIPTION

CADRE RESERVE À L'ADMINISTRATION

L'ENFANT (Écrire en majuscules)

NOM :.....**PRENOM :** .....

Sexe : ☐ F ☐ G **Date de naissance :** .....

École : .....**Classe :** .....

INFORMATIONS INSCRIVANT(S) *

☐ **PARENT 1** ☐ **TUTEUR** ☐ **AUTRE,** précisez :.....

NOM :.....**PRENOM :** .....

Adresse mail : .....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL **:** ..... VILLE : .....

TEL 1 :.....TEL 2 : .....

☐ **PARENT 2** ☐ **TUTEUR** ☐ **AUTRE,** précisez :.....

NOM :.....**PRENOM :** .....

Adresse mail : .....

ADRESSE :.....

CODE POSTAL **:** ..... VILLE : .....

TEL 1 :.....TEL 2 : .....

* Seuls les inscrivants ou les responsables légaux sont habilités à récupérer l'enfant en fin de journée. Dans le cas contraire, merci de nous transmettre une autorisation.

DROIT À L'IMAGE :

☐ J'autorise la reproduction et la diffusion par l'association des photos et vidéos sur lesquelles pourraient figurer l'enfant (brochures, articles de presse, site internet, réseaux sociaux).

☐ Je refuse

Date	**Signature**

DOSSIER D'INSCRIPTION MERCREDIS VACANCES

SOA Sud Ouest Animation

Pour une inscription réussie

- Remplir ce document avec soin
- Ajouter la photocopie des vaccins
- Fournir le dernier avis d'imposition afin de déterminer votre coefficient familial. Sans ce document, la tarification la plus haute sera appliquée.
- Proceder au règlement après réception de la facture par chèque, ANCV, virement ou paiement en ligne.

Plus d'informations sur le Centre de Loisirs sur **soanimation.fr**

Ce dossier d'inscription est à nous transmettre soit :

> par courier : SOA, 9 chemin du Priou, 33650 St Médard d'Eyrans

> par mail : contact@soanimation.fr

Le Centre de Loisirs développe deux activités dominantes :

NATURE & SPORT

Pour les 3/6 ans, un **EVEIL SPORTIF** pour développer des capacités physiques, sociales et créatives de l'enfant autour d'un programme moteur varié (courir, sauter, ramper, glisser, rouler, pousser, tirer, etc …) sans se spécialiser dans une activité sportive. Et les **EXPLORATEURS** avec au programme des activités nature (soins aux animaux, land-art, activités manuelles, etc...) en priorisant la forêt comme lieu d'activité.

Pour les 7/11 ans, **DES JEUX SPORTIFS** avec la découverte d'activités sportives (Athlétisme, sport de raquettes, sport collectif,..) et les **AVENTURIERS** avec la fôret pour terrain de jeu (bricolage, construction de cabanes, grands jeux,...)

Si vous avez des interrogations concernant l'inscription, n'hésitez pas à nous contacter.

contact@soanimation.fr

www.soanimation.fr

Conformémentà la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des donnéespersonnelles (RGPD) entrée en vigueur le 25 mai 2018, les informations collectées restent la propriété de l'utilisateur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et de suppression des données vous concernant en écrivant à : SOA - 9 chemins du Priou - 33650 St-Médard d'Eyrans.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CADRE RESERVE À L'ADMINISTRATION

L'ENFANT (Écrire en majuscules)

NOM :.....**PRENOM :** .....

Sexe : ☐ F ☐ G **Date de naissance :** ..... **Âge :**.....

École : .....**Classe :** .....

VACCINATION

Merci de nous transmettre **la copie du carnet de vaccinations** de votre enfant laissant apparaitre son nom, prénom et date de naissance. Il est impératif de nous transmettre **toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires.** Vous pouvez également nous faire parvenir un certificat médical de vaccination.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'accueil ?

☐ oui ☐ non

Si oui, fournir une ordonnance récente avec les médicaments correspondants dans une pochette fermée au nom de l'enfant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

ALLERGIES

Asthme	Médicamenteuses	Alimentaires
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Précisez.....

.....

.....

.....

.....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Difficultés de santé, port de lentilles, d'appareils auditifs, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RÉGIME ALIMENTAIRE*

☐ Sans porc ☐ Sans viande

* Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM ET PRÉNOM :.....

Adresse : .....

Tél.fixe et portable :.....

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

(dans le cas où le responsable légal est injoignable)

NOM ET PRÉNOM.....

Lien avec l'enfant :.....

Tel. fixe et portable : .....

Je soussigné(e) .....**responsable légal** de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités organisées par le Centre de Loisirs. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, après consultation médicale, toute mesure (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthesie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant et à reprendre le mineur à sa sortie de l'hopital.

Date	**Signatures**