

## DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE

### ALSH / TAP / LUDOTHÈQUE

#### FAMILLES RURALES SAINT-JEAN-DE-FOS

20, rue des écoles laïques - 34150 Saint-Jean-de-Fos

**04 67 54 00 57**

#### Coordination

**Julie BOUCHER**  
Coordinatrice

[familles.rurales.sjdf@gmail.com](mailto:familles.rurales.sjdf@gmail.com)

#### ALSH 3-17 ans

**Cindy ALLAMELOU**  
Directrice ALSH

[alsh34150@gmail.com](mailto:alsh34150@gmail.com)

#### TAP et ludothèque

**Xavier LEMERCIER**  
Coordinateur ALP

[alpsaintjean@gmail.com](mailto:alpsaintjean@gmail.com)

#### **Pièces à joindre pour valider l'inscription :**

##### Pour toute inscription :

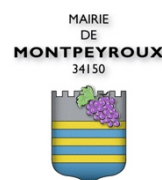
- Fiche de renseignements (1 par enfant) dûment complétée et signée par les responsables
- Photocopie des vaccinations à jour
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle pour les activités extrascolaires
- Copie recto/verso du dernier avis d'imposition
- Attestation d'aisance aquatique

##### Pour l'ALSH et l'Espace Jeunes :

- Formulaire d'adhésion annuel à l'association Familles Rurales accompagné d'un règlement de 23 € (1 adhésion par famille)

##### Pour l'Espace Jeunes :

- Charte de fonctionnement de l'Espace Jeunes signée par le jeune (pour l'Espace Jeunes)
- Le règlement d'une cotisation annuelle de 18€



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## L'enfant :

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Cochez le ou les services auxquels vous souhaitez inscrire votre enfant :

<input type="checkbox"/> ALSH 3-12 ans <input type="checkbox"/> ESPACE JEUNES (à partir de 11 ans)	<input type="checkbox"/> TAP Ecole : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique Classe : ..... <input type="checkbox"/> Ludothèque
--	--

## Responsables de l'enfant :

Responsable légal 1				Responsable légal 2			
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur		<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Tuteur	
Nom .....				Nom .....			
Prénom .....				Prénom .....			
Email .....				Email .....			
Fixe .....				Fixe .....			
Portable .....				Portable .....			
Pro .....				Pro .....			
Catégorie Socio-professionnelle :				Catégorie Socio-professionnelle :			
<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/> Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Ouvrier
<input type="checkbox"/> Enseignant	<input type="checkbox"/> fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Intermittent du spectacle	<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise	<input type="checkbox"/> Enseignant	<input type="checkbox"/> fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Intermittent du spectacle	<input type="checkbox"/> Chef d'entreprise
Adresse .....				Adresse .....			
.....				.....			
.....				.....			

## Assurance :

Nom de la compagnie d'assurance : ..... Numéro de police : .....

## Régime allocataire :

Général (CAF)  Agricole (MSA)  
Nom de l'allocataire : .....  
N° d'allocataire : .....

## Sécurité sociale :

Numéro de sécurité sociale : .....

## Droit à l'image / autorisation :

J'autorise  Je n'autorise pas

Les prises de photos/vidéos et leur diffusion à des fins de communication sur les activités de l'association (réseaux sociaux de Familles Rurales uniquement).

**Autorisation à sortir seul(e) :**

TAP (3-12 ans)	J'autorise mon enfant à partir seul(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
ALSH (3-12 ans)	J'autorise mon enfant à partir seul(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez l'heure :
ESPACE JEUNES (+11)	J'autorise mon enfant à partir seul(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez l'heure :
Ludothèque (6-17 ans)	J'autorise mon enfant à partir seul(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**

Nom / Prénom	Qualité (lien avec l'enfant)	Téléphone

**Renseignements sanitaires**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Otite	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Angine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ? (allergies, traitements en cours, antécédents médicaux ou chirurgicaux, pathologies chroniques ou aiguës, contre-indications...). Si oui, merci de nous préciser la conduite à tenir.

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

En cas de suivi d'un traitement, transmettre au responsable de l'accueil une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments et emballages d'origines marquées au nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

Régime alimentaire spécifique (précisez) .....

Nom du médecin traitant : .....

Téléphone : .....

**Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

**J'autorise l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.**

**J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils Collectifs de Mineurs de l'association et m'engage à le respecter.**

Fait à .....

le ... / ... / .....

Signature du responsable légal  
précédée de la mention « lu et approuvé »