



**RigoLo  
Comme  
La Vie !**

## **Dossier d'inscription Accueil de loisirs**

**Nom de l'enfant :**

**Prénom de l'enfant :**

**Classe à la rentrée de septembre 2017 :**

# Fiche Famille

*(Pour les fratries, ne remplir qu'une seule fiche famille)*

## Civilité :

- Madame                      Nom .....
- Monsieur                    Nom .....
- Mme et Monsieur        Nom .....

## Adresse : *(celle où réside l'enfant)*

.....  
.....

## Téléphone :

Domicile : .... / .... / .... / .... / ....                      Portable : .... / .... / .... / .... / ....

Adresse email : .....@.....

## Situation familiale :

- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Célibataire
- Pacsé(e)
- Concubinage
- Séparé(é)
- Autre (précisez : .....

Numéro allocataire CAF : .....

Quotient familiale : .....

(Merci de joindre une attestation de la CAF. A défaut, la tarification maximum sera appliquée)

# Renseignements concernant les responsables légaux

## RESPONSABLE LEGAL n°1

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** *(si différente de celle de l'enfant)*

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

**Né(e) le :** ..... **À :** .....

**Nationalité française :**

- Oui
- Non (précisez:.....)

**Téléphone :**

Domicile : .... /.... /.... /.... /....      Portable : .... /.... /.... /.... /....

**Profession :** .....      **Lieu de travail :** .....

**N° de sécurité sociale :** *(uniquement si l'enfant en dépend)*

.....

**Situation familiale :**

- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Célibataire
- Pacsé(e)
- Concubinage
- Séparé(é)
- Autre (précisez :.....  
.....)

**Avez-vous l'autorité parentale**

- Oui
- Non

## RESPONSABLE LEGAL n°2

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** *(si différente de celle de l'enfant)*

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

**Né(e) le :** ..... **À :** .....

**Nationalité française :**

- Oui
- Non (précisez:.....)

**Téléphone :**

Domicile : .... /.... /.... /.... /....      Portable : .... /.... /.... /.... /....

**Profession :** ..... **Lieu de travail :** .....

**N° de sécurité sociale :** *(uniquement si l'enfant en dépend)*

.....

**Situation familiale :**

- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Célibataire
- Pacsé(e)
- Concubinage
- Séparé(é)
- Autre (précisez :.....  
.....)

**Avez-vous l'autorité parentale**

- Oui
- Non



**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :**

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

**Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, hospitalisation, PAI...) en indiquant les précautions à prendre :**

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

**Votre enfant a-t-il :**

- Des lunettes
- Des prothèses auditives
- Des prothèses orthopédiques
- Autres : précisez : .....

**Vaccinations\***

<b>Vaccinations obligatoires</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Date des derniers rappels</b>	<b>Vaccins recommandés</b>	<b>Dates</b>
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole, oreillon, rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (précisez)	
Ou Tétra coq					
BCG					

*\*Merci de joindre les photocopies des pages vaccins du carnet de santé de l'enfant.*

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication.*

# Personnes autorisées

## À venir récupérer l'enfant :

*(En dehors des parents)*

Nom et prénom :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	

Nom et prénom :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	

Nom et prénom :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	

Nom et prénom :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	

# Autorisation de soins

**Je soussigné, Madame/Monsieur .....**

Autorise(nt) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfère en pédiatrie
- Transfère aux urgences

Décharge(nt) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

Autorise(nt) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées devant être prévenues dans les plus brefs délais.

Demande(nt) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrit par son médecin suivant le double de l'ordonnance.
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou médecin traitant.

Certifie(nt) n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

**A ....., le.....**

**Lu et approuvé**

**Signature :**



# Autorisation de filmer/photographier

Je soussigné, Madame/Monsieur .....

Parent(s) de l'enfant : .....

Demeurant à l'adresse suivante :

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

- Accepte que mon enfant participe aux prises de vues réalisées par Rigolo Comme La Vie et/ou société mandatée par elle.
- Autorise Rigolo Comme La Vie et les services de communication de la ville d'implantation de la structure à utiliser et reproduire les prises de vues sur tous les supports off line et online existants ou à venir (Site internet, Blog, journal des parents, plaquette de communication interne et externe, rapport de stage...)
- Déclare céder à titre gracieux tout droit d'image correspondant à ces utilisations pour la France et pour l'étranger.

Toute demande de retrait des prises de vue exploitées sur les supports listés devra être envoyée à l'adresse suivante :

**Rigolo Comme La Vie**  
**162 Boulevard de Fourmies**  
**59100 ROUBAIX**

A ....., le.....

**Lu et approuvé**

**Signature :**