

Fiche d'inscription Accueil de Loisirs Val-de-Virieu Septembre 2024 -Août 2025

Nom, Prénom enfant N°1 :	Nom, Prénom enfant N°2 :	Nom, Prénom enfant N°3 :
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Adresse : _____

Responsable de(s) enfant(s)

Parent 1 : Mère Père Autre : _____ Profession : _____
 Nom – Prénom : _____
 ☎ Domicile : ____/____/____/____/____ ☎ Portable : ____/____/____/____/____
 ☎ Travail : ____/____/____/____/____ ✉ Mail : _____@_____

Parent 2 : Mère Père Autre : _____ Profession : _____
 Nom – Prénom : _____
 ☎ Domicile : ____/____/____/____/____ ☎ Portable : ____/____/____/____/____
 ☎ Travail : ____/____/____/____/____ ✉ Mail : _____@_____

Les allocations familiales

N° allocataire complet : _____ Montant du quotient familial* : _____

Sont versées par : CAF MSA Autre : _____

Nom de la caisse : _____

Adresse : _____

*Merci de fournir un justificatif en cas de modification.

Médecin de famille

Nom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Familles Rurales

Ma famille adhère à l'association Familles Rurales de la Vallée de la Bourbre, d'un montant de 26€.

N° de chèque : _____ Date : _____

Ma famille est déjà adhérente à l'association Familles Rurales de la Vallée de la Bourbre.

Date d'inscription : _____

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la charte de l'accueil de loisirs.

Fait à _____

Le _____

Signature des parents ou du tuteur légal :

AUTORISATION PARENTALE

Je (nous) soussigné(s) _____ autorise (ons) les responsables de l'accueil de loisirs Familles Rurales à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur
(Nom, adresse, téléphone) _____

Ou l'hospitalisation à _____

(Précisez le nom de l'hôpital ou de la clinique).

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) :

- à participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)
- à voyager : en voiture individuelle ou par moyen de transport collectif
- à se baigner.

Notre (nos) enfant(s) : _____, _____, _____
sait (savent) nager.

Notre (nos) enfant(s) : _____, _____, _____
ne sait (savent) pas nager.

(NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite).

Observations particulières (contre-indications alimentaires, maladies chroniques ...) ou recommandations des parents pour chacun des enfants : _____

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Sortie des enfants

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) à rentrer à la maison, après le fonctionnement de l'accueil, que s'il(s) (sont) est accompagné(s) de _____ ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

Autorisation de sortie en dehors des horaires de l'accueil

L'accueil se terminant à 17 h 00, si exceptionnellement, notre (nos) enfant(s) devai(en)t sortir avant, nous nous engageons à fournir une décharge au directeur.

Lu et approuvé
Le :

Signature du père et de la mère
(ou signature du tuteur légal)



ASSOCIATION
DE VALLÉE
DE LA BOURBRE

Autorisation pour reproduire Ou diffuser des photos

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

en qualité de :

donne à Familles Rurales l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon/mes enfant(s) :

Pour les usages exclusifs suivants : journaux Familles Rurales, supports vidéos Familles Rurales, illustrations de documents d'information Familles Rurales, illustrations du site Internet Familles Rurales.

Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans à compter de 2024. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

Le :

A :

Signature :

Charte

« Les volontaires n'ont pas nécessairement le temps, ils ont juste le cœur. » Elizabeth Andrews.

La présente charte définit les règles des pratiques sportives, artistiques, culturelles et de loisirs pour l'ensemble des activités de Familles Rurales Vallée de la Bourbre.

Notre association donne une place centrale à la notion de responsabilité comme valeur universelle et ligne directrice pour tous les comportements, et appelle à faire respecter le principe de non-discrimination et de laïcité.

L'adhérent s'engage à :

- Respecter les horaires de son/ses activité(s),
- Suivre les consignes du professeur/référent de l'atelier,
- Respecter les personnes avec bienveillance et sans jugement,
- Rester maître de soi et refuser toute violence physique ou verbale,
- Préserver le matériel et les installations mis à disposition par l'association ou la municipalité,
- Respecter les consignes élémentaires de sécurité.

Tous les adhérents (parents, représentant légale pour mineurs et enfants) sont priés, après avoir pris connaissance de ces différentes obligations, de respecter ou faire respecter les termes de cette charte durant les ateliers et les manifestations.

En cas de manquement à ces engagements, le professeur/référent de l'atelier et la présidente pourront être amenés à prendre des sanctions.

Selon les faits reprochés une exclusion pourra être prononcée et l'adhérent de l'association Familles Rurales de Vallée de la Bourbre ne pourra demander aucun remboursement.

Le : _____

A _____

Signature :

Mention « Lu et Approuvé. »

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche 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 : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....