



ASSOCIATION

FICHE INSCRIPTION STAGE ROUGE ET BLANC 2023 – 17 au 21 JUILLET 2023

STAGIAIRE

NOM: **PRÉNOM:**

Fille - Garçon

Date de Naissance:/...../.....

CLUB : POSTE : GB DEF. MIL. ATT.

Entourez la CATÉGORIE + TAILLES de votre enfant :

U8 U9 U10 U11 U12 U13 U14 U15
4XS 3XS 2XS XS S M L

Obligatoire : fournir photocopie de la licence FFF saison 2022-2023 avec la fiche d'inscription ou un certificat médical d'aptitude à la pratique des sports collectifs

Lieu : Centre de Formation du VAFC

Choix de formule : DEMI-PENSION

Règlement : à l'inscription

Chèque bancaire / Espèces / Virement bancaire / Coupons sports / ANCV

Crédit du Nord ★

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE / IBAN

Titulaire du compte
VA FC

Agence de domiciliation
Nord De France Instit

RIB	Banque	Agence	Numéro de compte	Clé RIB
	30076	02903	11823800203	21

IBAN FR76 3007 6029 0311 8238 0020 321

BIC NORDFRPP

Vous avez la possibilité de mettre votre enfant en périscolaire (merci d'entourer) :

Déposer votre enfant une heure avant le début de la journée (10€ / semaine) :

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI

Récupérer votre enfant une demi-heure après la fin de la journée (10€ / semaine) :

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI

DOSSIER A RENVOYER PAR MAIL : respad@va-fc.com



ASSOCIATION

FICHE INSCRIPTION STAGE ROUGE ET BLANC 2023 – 17 au 21 JUILLET 2023

1. Renseignements concernant le participant

Né(é) le :/...../..... Ville de naissance :

Nationalité : N° de Sécu de l'enfant :

Régime sans porc : oui - non

Régime sans viande : oui - non

Autorisation de rentrer seul après la garderie : oui - non

Autorisation de participer à des activités photos : oui - non

Personne à prévenir en cas d'absence des parents :

Tél:

Médecin traitant : Tél :

2. Renseignements concernant la famille

Adresse précise :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Nom et adresse de l'assurance :

Assurance en responsabilité civile :

N° de police :

3. Renseignements concernant les parents

Situation familiale : Mariés / Veuf (ve) / Séparée / Célibataire / Vie maritale

Qui exerce l'autorité parentale? : Père / Mère / Tuteur

En cas de garde alternée, veuillez-vous rapprocher du service jeunesse lors de l'inscription.



ASSOCIATION

<p>1-ENFANT : NOM.....PRENOM..... DATE ET LIEU DE NAISSANCE :..... TAILLE/POIDS:..... <input type="checkbox"/> GARCON <input type="checkbox"/> FILLE AGE :.....ans REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER <input type="checkbox"/> NON Si <input type="checkbox"/> OUI lequel :.....</p>
<p>2-RESPONSABLE LEGAL(1) : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur Légal/Famille d'accueil Situation Familial : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage Nom.....Prénom..... Adresse.....Ville/commune..... Domicile/...../...../...../...../ Portable...../...../...../...../...../ Bureau...../...../...../...../...../ Profession :..... Adresse Mail :..... RESPONSABLE LEGAL(2) : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur Légal/Famille d'accueil Situation Familial : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage Nom.....Prénom..... Adresse.....Ville/Commune..... Domicile...../...../...../...../...../ Portable...../...../...../...../...../ Bureau...../...../...../...../...../ Profession :..... Adresse Mail :.....</p>
<p>3-REGIME SOCIAL : <input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Régime Agricole(MSA) <input type="checkbox"/> Autres régime N°Sécurité Social de la personne qui couvre l'enfant (OBLIGATOIRE) (Joindre attestation de Sécurité Sociale) Quotient Familial/N° Allocataire :..... Compagnie et n° de police assurance (joindre une attestation d'assurance) :.....</p>



ASSOCIATION

4-PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER LES ENFANTS :

La seule personne autorisée à récupérer l'enfant est son représentant légal. Celle-ci peut désigner une ou plusieurs personnes à venir chercher l'enfant en cas d'absence. Elle doit être nommée dans la liste ci-dessous. Liste des personnes autorisées :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

VACCINATIONS ET RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

VACCINS : Fournir la copie des pages de vaccinations du carnet de santé.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec nom de l'enfant et la notice.)

MALADIES : Cocher les maladies que votre enfant a déjà eu :

- RUBEOLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU
 COQUELUCHE OTITE SCARLATINE
 VARICELLE ROUGEOLE OREILLONS

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON (fournir ventoline si nécessaire et ordonnance médicale).

MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES :

Fournir PAI (Projet d'Accueil Individualisé) obligatoirement en cas d'allergies

INDIQUEZ CI-APRES : les difficultés de Santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération et rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre.

.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...Précisez.

.....



AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant.....

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et s'engage à signaler par écrit toute modification importante (vaccin, changement d'adresse, de numéro de téléphone,) auprès du responsable de l'ALSH.
- Je déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur.
- J'autorise l'enfant à participer aux activités de l'accueil de loisirs, y compris baignade, camping, pique-nique, sorties, cyclotourisme, marche à pied...sur la commune ou à l'extérieur.
- J'autorise le Directeur à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale tout en prévenant immédiatement les parents.
- J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant et de les utiliser dans la presse locale, internet (site et facebook).
- Certifie que mon enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse, qu'il n'est pas atteint d'affection cutanée transmissible, qu'il n'est pas porteur de parasites : s'engage à garder mon enfant chez moi, si l'un des facteurs se manifestait au cours du séjour.

Date et Signature des parents ou du représentant du légal ou de l'assistant familial :

DOSSIER A RENVOYER PAR MAIL : respad@va-fc.com