

Ce dossier obligatoire et annuel permet de recueillir des informations utiles et indispensables pour toute inscription auprès de l'association l'apla. Veuillez nous informer pour tout changement de situation ou coordonnées. Merci.

**Les cases de ce document sont à remplir avec votre ordinateur, tablette ou smartphone et à nous retourner à l'adresse suivante : [accueil@asso-apla.fr](mailto:accueil@asso-apla.fr)**

**ANNÉE INSCRIPTION (ex : 2016-2017):**

## Votre enfant :

Nom :

Prénom :

## VOUS : (parents / responsables légaux)

### Père-tuteur

Nom :

Prénom :

Situation :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél professionnel :

Tél. portable :

Autre tél. :

E-mail :

N° allocataire

CAF :

MSA :

Quotient familial :

Assurance

N° police :

Adresse :

### Mère-tuteur

Nom :

Prénom :

Situation :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél professionnel :

Tél. portable :

Autre tél. :

E-mail :

N° allocataire

CAF :

MSA :

Quotient familial :

Assurance

N° police :

Adresse :

## Votre enfant :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Téléphone du jeune :

Adresse Internet du jeune :

Niveau scolaire actuel :

Votre enfant fait-il la sieste ?  Oui  NonVotre enfant sait-il nager ?  Oui  NonVotre enfant fait-il pipi au lit ?  Oui  NonVotre enfant porte-il des lunettes,  
lentilles, prothèses auditives ?  Oui  NonVotre enfant a-t-il des problèmes  
de santé ?  Oui  Non(maladie, allergies, asthme, handicap, suivi psychologique,  
antécédents médicaux, etc... à préciser)Votre enfant suit-il un régime  
alimentaire particulier ?  Oui  Non  
Lequel ?L'enfant suit-il un traitement  
médical ?  Oui  NonSi oui joindre une ordonnance récente et les  
médicaments correspondants  
(boîtes de médicaments dans leur emballage  
d'origine marquées au nom de l'enfant avec la  
notice). **Aucun médicament ne pourra être pris  
sans ordonnance.**

Médecin traitant

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Personnes à contacter en cas  
d'urgence :

Nom :

Lien famille :

Téléphone :

LR

Nom :

Lien famille :

Téléphone :

LR

Vaccins

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de  
vaccinations de l'enfant)

DT Polio. Préciser le nom du vaccin :

(Ex : Pentacoq, pentavac, infanrix, etc.)

Date des derniers rappels :

## Urgences et autorisations

**Nous soussignés**, Mme, M.

mère, père, tuteur, responsable légal de l'enfant :

Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

**Nous autorisons notre enfant :**

• à participer aux animations proposées et organisées par l'association l'apla. Oui Non

• à quitter seul le centre ou les activités à l'heure de fin de l'animation, seulement à partir du CE2. Oui Non

• à partir accompagné du centre ou des activités à la fin de l'animation, au minimum une personne de CM2. Oui Non  
avec :

avec :

**Nous acceptons que l'équipe de l'apla :**

• prenne des photographies de mon enfant ou prises de vues pour des documents internes à l'association ou pour des articles de presse locaux, des vidéos mises en ligne sur le blog. Oui Non

• transporte mon enfant en transport collectif (ou exceptionnellement par le véhicule des animateurs). Oui Non

Fait le :

Signature :

**Nous autorisons également**

le responsable de l'animation à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions du médecin.

Nous engageons à payer tous les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels, incombant à la famille. Oui Non

Fait le :

Signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association.  
En application des articles 39 et suivants de la loi du 06/01/1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser à Hélène.

**Partie réservée à l'équipe de l'apla**

Groupe d'âges de l'enfant :