



ASSOCIATION FAMILLES RURALES EN PAYS SALVAGNACOIS  
CENTRE DE LOISIRS « LES GALOPINS »

## Fiche d'inscription

**Le père**                      Nom : ..... Prénom : .....  
   Profession : ..... Employeur : .....

**La mère**                      Nom : ..... Prénom : .....  
   Profession : ..... Employeur : .....

**Situation familiale :**     Marié(e)     Divorcé(e)     Vie maritale     Célibataire     Veuf (ve)

**Adresse de l'enfant**    .....  
   .....

**N° de téléphone (1)**      /  /  /  /  /      intitulé : .....  
     /  /  /  /  /      intitulé : .....  
     /  /  /  /  /      intitulé : .....  
     /  /  /  /  /      intitulé : .....

**Adresse internet**    .....

**Régime d'appartenance**     CAF     MSA     Autre

**Quotient familial**    .....

**Numéro allocataire (2)** .....

(Fournir justificatif quotient familial + les aides auxquelles vous avez droit)

### Les enfants à inscrire

Nom	Prénom	Sexe (G/F)	Date de naissance	Age
-----	--------	------------	-------------------	-----

1. N'oubliez pas que nous pouvons avoir besoin de vous joindre à tout moment de la journée

2. Ce numéro est important, même si vous ne bénéficiez d'aucune aide, sans lui, on vous appliquera le tarif le plus haut.

**Le règlement intérieur** Je soussigné(e) ..... Déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur du centre de loisirs « Les Galopins ».

**Accompagnants** J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfants au centre de loisirs.

Nom et Prénom

Lien de parenté

N°de téléphone

### L'autorisation parentale

Ayant pris connaissance du fonctionnement du centre,  
Je soussigné(e)

.....  
responsable légal des enfants .....

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le centre de loisirs.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourraient survenir avant la venue et après le départ du centre de loisirs.
- Autorise en cas d'urgence, à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mes enfants.
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre de loisirs par des moyens de transports collectifs.
- Atteste avoir été informé(e) des modalités d'organisation du ou des mini-séjours auxquels mes enfants sont inscrits.
- Autorise Familles Rurales à prendre en photo mes enfants pour des activités de l'association et pour la presse.
- Autorise Familles Rurales à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion à l'association. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant.
- Certifie exact les renseignements portés sur la présente fiche.

Lu et approuvé.

Fait à ..... Le .....

Signature du responsable légal

Centre de loisirs «Les Galopins »

Place de l'église

81630 MONTDURAUSSE

05.63.40.00.31

[famillesruraleseps@free.fr](mailto:famillesruraleseps@free.fr)



ASSOCIATION FAMILLES RURALES EN PAYS SALVAGNACOIS  
CENTRE DE LOISIRS « LES GALOPINS »

**Fiche sanitaire**

**L'enfant**

Garçon     Fille

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Vaccination**

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (à préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

**Maladie**

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

Si oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	oui	non		oui	non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu			oreillons		
Scarlatine					

## Allergies

	oui	non	oui	non
Asthme			Médicamenteuse	
Alimentaire			Autres.....	

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

**Les recommandations utiles des parents** Précisez si l'enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires, etc....

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

Précisez si votre enfant suit un régime alimentaire particulier :

.....

### Le responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Numéros de téléphone : .....

### Le médecin traitant

Nom : .....

Ville : ..... Numéro de téléphone : .....

Je soussigné(e) ..... 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 :

Centre de loisirs « Les Galopins »

Place de l'église

81630 MONTDURAUSSE

05.63.40.00.31

[famillesruraleseps@free.fr](mailto:famillesruraleseps@free.fr)

