**NOM DE L’ENFANT**: ……………………………………… **PRÉNOM DE L’ENFANT** : …………………………….

**Classe** : …………………………………………………… **Date de naissance** : ……………………………………………….

**Ecole** : **BLYES** ❑ **EXTÉRIEUR** ❑

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARENTS DE L’ENFANT** | **Parent 1** | **Parent 2** |
| **NOM, PRÉNOM** |  |  |
| **Adresse du domicile** |  |  |
| **Téléphone portable** |  |  |
| **Intitulé emploi** |  |  |
| **Téléphone emploi** |  |  |

**Courriel** : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Fiche Individuelle de Renseignements**

**Nom et adresse de facturation + courriel pour envoi facture (si différente de la précédente) :**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom + Téléphone + Lien avec l’enfant) :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Famille (barrer les mentions inutiles) : Parentale Monoparentale Séparée**

**………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Je certifie que mon enfant bénéficie d’une assurance scolaire et extrascolaire** Oui ❑

**J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités, uniquement pour les enfants âgés de 8 ans et plus :** Non ❑ Oui ❑

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM/PRÉNOM** des personnes autorisées à accompagner l’enfant | **Lien avec l’enfant** | **Téléphone** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Médecin traitant : ………………………………………………. Téléphone : ……………………………………….**

**VACCINS OBLIGATOIRES** : Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite à jour ❑

 Date du dernier rappel…………………….

***Joindre la photocopie du carnet de vaccination***

**Votre enfant a-t-il des maladies chroniques ?**

**Non ❑ Oui ❑ Si oui lesquelles ?............................................................................................**

**Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?**

**Non ❑ Oui ❑ Si oui lequel ?...................................................................................................**

**Votre enfant fait-il l’objet d’un PAI ?**

**Non ❑ Oui ❑ joindre une copie**

**ALLERGIES ALIMENTAIRES Non ❑ Oui ❑ Préciser………………………………….**

**AUTRES ALLERGIES Préciser………………………………………………………**

**AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ …………………………………………………………….**

**En cas d’accident ou incident, j’autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant.**

J'autorise le personnel de l'association à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs, d'archives et à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches) Non ❑ Oui ❑

**Appel aux bénévoles**

Vous confiez déjà, ou confierez prochainement vos enfants, au Coin des Cop’Ain. Mais qui sommes-nous ?

Depuis des années, le Coin des Cop’Ain est une association loi 1901, gérée par un bureau de bénévoles.

Le bureau s’occupe de la comptabilité, des relations avec la mairie, la CAF et d’autres structures. Il participe à l’organisation d’activités ou de sorties. Il gère le personnel d’animation (recrutement, formation, paie, mutuelle). Nous avons des salariés (une directrice et des animatrices), qui s’occupent de vos enfants au quotidien.

Vous avez envie du meilleur pour vos enfants ? Afin de préparer l’avenir du Périscolaire et de pérenniser la structure, nous recherchons des personnes souhaitant s’impliquer dans le bureau d’administration.

**Sans bénévoles, le Coin des Cop’Ain n’existe pas**

Je souhaite devenir Bénévole du Coin des Cop’Ain : Non ❑ Oui ❑

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autorisation parentale**

Je soussigné(e), ……………………………………………………………responsable légal(e) de l’enfant :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

-certifie avoir pris connaissance du fonctionnement et du règlement intérieur du centre de loisirs

-certifie exacts les renseignements portés sur la fiche de renseignements

-autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du centre de loisirs (déplacement en bus, à pied ou vélo ; baignade, visite...) dans le cas contraire, je m’engage à prévenir la direction.

Fait à …………………………… , le
Signature :

**Fréquentation**

Afin d’anticiper au mieux les besoins merci de nous indiquer les créneaux où votre enfant fréquenterait le centre de loisirs. Les places disponibles étant rares, merci d’être le plus précis possible, afin de ne pas bloquer des créneaux inutilement, s’il est peu probable que votre enfant vienne.

Ces renseignements sont à titre indicatifs. Il faudra que vous fassiez les inscriptions sur le site pour qu’elles soient prises en compte.

Périscolaire :

Matin : 7h15-8h30
Soir : 16h30-17h30
Soir + : 17h30-**18h30**

Lundi : Matin ❑ Soir ❑ Soir+ ❑
Mardi : Matin ❑ Soir ❑ Soir+ ❑
Jeudi : Matin ❑ Soir ❑ Soir+ ❑
Vendredi : Matin ❑ Soir ❑ Soir+ ❑

Mercredi :

Journée Complète (JC) : 7h15-18h30 ❑

Matin avec repas (MAR) : 7h15-13h30 ❑

Après-midi avec repas (AAR) : 11h30-18h30 ❑