



IMMEUBLE KANO A 6 RUE VIVIANI
44200 NANTES
Tél. : 02.14.00.12.48

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE : 2017/2018

✦ ENFANT

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Age :ans Sexe : F M

✦ PARENTS

Responsable légal de l'enfant : Père Mère Tuteur Autre (préciser)

Père : Mère :

NOM : NOM :

PRENOM : PRENOM :

ADRESSE : ADRESSE :

C.P./ VILLE : C.P./ VILLE :

☎ domicile : ☎ domicile :

☎ portable : ☎ portable :

☎ professionnel : ☎ professionnel :

Courriel : Courriel :

✦ EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir **autre** que le responsable légal :

NOM : PRENOM :

☎ domicile : ☎ portable :

✦ INFORMATIONS DIVERSES

☞ N° Sécurité sociale dont dépend l'enfant :

☞ Bénéficiaire C.M.U. : Oui (joindre l'attestation) Non

☞ Percevez-vous des allocations ? Oui Non

Si oui, indiquer s'il s'agit de la C.A.F. L.A ou de la M.S.A et préciser votre n° d'allocataire.

Si non, vous dépendez soit d'un régime spécifique (Fonctionnaires, E.D.F., S.N.C.F...) ou d'un autre département.

C.A.F. L.A. N° M.S.A. N°

☞ Assurance responsabilité civile :

NOM : N° de contrat :

ADRESSE :

Cadre réservé APALOS

Quotient : Tr. :

🦋 **VACCINATIONS (antipliomyétilique, antidiphthérique, antitétanique, anticoqueluche...)**

Fournir photocopies du carnet de santé

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi,

🦋 **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

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

🦋 **ALLERGIES**

Asthme Oui Non

Alimentaires Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Autre Oui Non

En cas de **Projet d'Accueil Individualisé** mis en place, merci de nous fournir une copie.

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto-médicamentation, le signaler).

.....
.....

🦋 **MEDECIN TRAITANT**

NOM: TELEPHONE :

🦋 **RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il de lunettes ou lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires..., suit-il un régime spécifique alimentaire. Précisez :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

L'enfant mouille t'il son lit ? Oui Non Occasionnellement

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

-
- l'autorise à participer aux activités proposées par l'APALOS, selon la réglementation en vigueur.
 - décharge l'association de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après la prise en charge du participant par nos équipes d'encadrement aux départ et retour des séjours.
 - autorise l'association à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitements, soins, anesthésie, intervention chirurgicale...).
 - déclare exacts les renseignements portés sur ce document.
 - autorise l'APALOS à photographier mon enfant dans le cadre de ses activités. Ces photos pourraient :
illustrer les brochures , illustrer les manifestations de l'association ainsi que son site internet
illustrer les blogs mis en place par les équipes d'animation, illustrer les éventuelles diffusions dans la presse ,
illustrer les réseaux sociaux.
 - accepte les modalités de fonctionnement et les conditions générales de vente.

Date :

Signature :