



# Dossier d'inscription Casa des 11-14 Domaine de la Frayse

À renvoyer par mail à [benjamin.caussade@ufcv.fr](mailto:benjamin.caussade@ufcv.fr)  
ou par courrier/main propre : 48 Avenue de Lignan  
33370 Fargues St Hilaire



Délégation Régionale Nouvelle Aquitaine  
UFCV  
12 Rue Pierre Loti  
33800 Bordeaux  
05 56 56 55 10





# Fiche d'inscription

## 1 L'ENFANT

Nom: ..... Prénom: .....

Date de naissance : / / Lieu de naissance : .....

Collège fréquenté : .....

## 2 L'ACCUEIL UFCV

Domaine de la Frayse – Casa des 11 - 14

## 3 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre : .....

Nom: ..... Prénom: ..... Email .....

Adresse: ..... CP: ..... Ville: .....

Tél port. .... Tél maison ..... Tél pro .....

## 4 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre : .....

Nom: ..... Prénom: ..... Email .....

Adresse: ..... CP: ..... Ville: .....

Tél port. .... Tél maison ..... Tél pro .....

## 5 ATTESTATION ASSURANCE (extra scolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat : ..... Compagnie d'assurance : .....

## 6 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil et je l'accepte dans son intégralité.
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par la structure d'accueil.
- J'autorise la direction de l'accueil à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à l'accueil de mon enfant à réception du relevé de frais.
- J'autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial sur le site CDAP.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:



# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Tout changement de l'état de santé de votre enfant devra être signalé dans les meilleurs délais à la direction.

## 1 L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance: ...../...../.....

## 2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père  Mère  Autre : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

Parent 1: ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél pro .....

Parent 2: ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél pro .....

Numéro de sécurité sociale (Affilié à l'enfant) ..... Caisse : .....

## 3 VACCINATIONS (compléter ou joindre la photocopie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tetracoq			
Autres (préciser)			

VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DU DERNIER RAPPEL
Hépatite B	
Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Coqueluche	
Autre (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant à t'il déjà eu les maladies suivantes :

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ?

OUI  NON

Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI

Rubéole OUI  NON

Otite OUI  NON

Varicelle OUI  NON

Scarlatine OUI  NON

Rougeole OUI  NON

Angine OUI  NON

Coqueluche OUI  NON

Oreillons OUI  NON

Votre enfant a t'il des allergies

Asthme OUI  NON

Médicamenteuses OUI  NON

Alimentaires OUI  NON

Les piqûres d'insectes OUI  NON

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

## 5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ? .....

.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Nom du signataire:

Signature:

Le:



# Fiche d'autorisations

## 1 L'ENFANT

Nom: ..... Prénom:..... Date de Naissance: ...../...../.....

## 2 LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom: ..... Prénom:..... Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Autre, précisez :

## 3 DROIT D'UTILISATION CAFPRO

J'autorise l'Ufcv à utiliser mon numéro d'allocataire CAF afin de voir mon Quotient Familial, en vue de déterminer la tranche de ma participation financière la plus adaptée (dans le cadre des séjours et stages).

Fait à : Le : Signature:

## 4 DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'Ufcv à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet Ufcv, site de la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée indéterminée et à des fins non commerciales en France.

Fait à : Le : Signature:

## 5 AUTORISATION DE SORTIE

En tant que responsable légal, j'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ de l'accueil, ou j'autorise mon enfant à rentrer seul, ou j'autorise le Domaine de la Frayse à ramener mon enfant.

Ces dernières devront se munir d'une preuve d'identité, sans laquelle l'enfant ne pourrait pas quitter l'accueil. L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours. **J'informe la direction de tout changement dans ces autorisations (rajout ou annulation).**

J'autorise mon enfant à rentrer seul : OUI  NON

J'autorise le Domaine de la Frayse à ramener mon enfant : OUI  NON

J'autorise ces personnes à récupérer mon enfant :

NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE

Fait à : Le : Nom du signataire et signature :

## 6 AUTORISATION RELATIVE A LA COMMUNICATION

J'autorise l'UFCV à utiliser mon adresse mail à des fins de communication relative aux différentes activités de l'association.

Fait à : Le : Nom du signataire et signature :