PRE-INSCRIPTIONS Vacances Hiver 2020

COUPON PRE-INSCRIPTION

NOM de l'enfant : ..... Prénom : ..... Année de naissance : .....

Je soussigné M..... désire inscrire l'enfant désigné ci-dessus les jours indiqués dans le tableau. *(Cochez dans les cases correspondantes)*

Lun			Mar			Mer			Jeu			Ven		
M	Cantine	AM	M	Pique Nique	AM	M	Repas surprise	AM	M	Pique-Nique	AM	M	Férié	AM
												Joyeux Noel		
Lun			**Mar**			**Mer**			**Jeu**			**Ven**		
M	Repas Surprise	AM	M	Pique nique	AM	M	Cantine	AM	M	Piquen ique	AM	M	Férié	AM
												Bonne Année 2021		

Fait à : ..... Le.....2020 ***Signature :***

EXEMPLAIRE PARENT Vacances Hiver 2020

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à contacter l'accueil de loisirs !

Tél : 05.62.45.10.42 ou 06.66.73.48.04

Lun			Mar			Mer			Jeu			Ven		
M	Cantine	AM	M	Pique nique	AM	M	Repas surprise	AM	M	Pique-Nique	AM	M	Férié	AM
												Joyeux Noel		
Lun			**Mar**			**Mer**			**Jeu**			**Ven**		
M	Repas surprise	AM	M	Pique nique	AM	M	Cantine	AM	M	Piqueni que	AM	M	Férié	AM
												Bonne Année 2021		

(Ce tableau doit être identique au tableau du haut)

foyers ruraux
mouvement d'éducation populaire

ACCUEIL DE LOISIRS « Aux 4 vents »

FICHE D'INSCRIPTION

Documents obligatoires à joindre : *-quotient familial caf, –assurance scolaire, -photocopie carnet de santé ou date vaccins à inscrire au dos de cette fiche (fiche sanitaire recto).*

ENFANT : NOM : ..... Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

Prénom : .....Date de naissance : ..... Classe :.....

RESPONSABLE :

PERE : Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .....

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

Portable : ..... Domicile : ..... Tel professionnel : .....

Adresse mail : .....

MERE : Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .....

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

Portable : ..... Domicile : ..... Tel professionnel : .....

Adresse mail : .....

AUTRE RESPONSABLE : Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : .....

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

Portable : ..... Domicile : ..... Tel professionnel : .....

Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

Nom		Tél	
Nom		Tél	
Nom		Tél	
Nom		Tél	

AUTORISATION DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL : (cochez les cases correspondantes)

☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur du périscolaire et de l'accueil de loisirs.

☐ Autorise (précisez heures) ..... ☐ne pas autoriser mon enfant à sortir seul.

☐ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités dans le cadre de l'accueil de loisirs *(sauf indication particulière à signaler).*

☐ Autorise le directeur ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

☐ J'autorise le directeur ou l'équipe pédagogique à filmer ou photographier mon enfant.

☐ Je certifie que mon enfant sait nager. (Fournir le test d'aisance aquatique). ☐Ne sait pas nager.

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRE	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

MEDECIN TRAITANT :

Nom : .....
Téléphone : .....

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ou non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les traitements correspondant dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite des parents.

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

Rubeole Oui ou non	Varicelle Oui ou non	Angine Oui ou non	Rhumatisme Articulaire aigu Oui ou non	Scarlatine Oui ou non
Coqueluche Oui ou non	Otite Oui ou non	Rougeole Oui ou non	Oreillons Oui ou non	

Allergies :

Asthme : oui ou non ..... Médicamenteuses : oui ou non .....

Alimentaire : oui non ..... Autres : .....

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

.....

.....

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

.....

.....

Recommandations utiles :

L'enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc....
Préciser.....

Souhaitez-vous recevoir les factures et infos (programmes, autres...) par adresse mail ? Oui ou non

Je soussigné(e).....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Fait à ..... Le.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »).