



FICHE D'INSCRIPTION

Ecole fréquentée

Nom de l'école :

Classe :

Modes de déplacement de l'enfant (cochez les cases correspondantes)

Autorise mon enfant à quitter SEUL l'accueil de loisirs à

Autorisation de déplacement pour les activités des mercredis et des vacances :
En minibus conduit par les animateurs Oui Non

ENFANT :

NOM :

Sexe : Fille Garçon

Prénom :

Date de naissance :

PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : MAIL :

NOM:...../..... Prénoms :...../.....

Adresse :.....

CP : VILLE :

Mère Portable..... domicile..... Tel professionnel :.....

Père Portable..... domicile..... Tel professionnel :.....

AUTRE : MAIL :

NOM : Adresse :.....

CP : VILLE :

Portable..... Tel domicile..... Tel professionnel :.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence : NOM : Tél :

NOM : Tél :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant :

Autorisation des parents ou du responsable légal : (cochez les cases correspondantes)

J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs,

Je décharge les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures de fonctionnement,

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

J'autorise le directeur ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (hospitalisation, opération...),

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

Je certifie que mon enfant sait nager fournir copie du diplôme

Test d'aisance aquatique

Tournez s'il vous plait

FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS : (joindre photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES :

Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : 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-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Préciser :

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

MEDECIN TRAITANT : NOM : Téléphone :

Pièces à fournir obligatoirement :

- Attestation d'assurance responsabilité civile ou extrascolaire de l'enfant
- Photocopie de l'état des vaccinations de l'enfant (carnet de vaccinations)
- Photocopie de la dernière feuille d'imposition avec l'indication du montant imposable net **OU** Attestation de la CAF indiquant le Quotient Familial (QF)

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Le

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