



DOSSIER D'INSCRIPTION POLE ENFANCE JEUNESSE

Accueil Péri scolaire

Matin et soir de la semaine scolaire

Accueil Extrascolaire

Mercredi (semaine scolaire) + vacances scolaires

Pièces à fournir à l'inscription :

- Photocopie du carnet de vaccination.
- Photocopie de l'assurance scolaire et extrascolaire 2019
- Numéro d'allocataire CAF avec le montant du Quotient Familial 2019
- Coupon réponse du règlement intérieur signé.
- Coupon réponse du droit à l'image signé.

Année 2019

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

QF	Tarifs Extrascolaire	Tarifs Périscolaire

Age

 Garçon

 Fille

Nom de l'enfant

Prénom

Date de naissance

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tel domicile		
Tel portable		
Adresse mail		
Profession		
Tel professionnel		
Employeur		
Nombre d'enfants à charge		

Votre enfant est scolarisé(e) à l'école.....

Afin de bénéficier d'un tarif préférentiel, les familles bénéficiant de Bons CAF doivent nous faire parvenir avec le dossier d'inscription les renseignements suivants :

C.A.F.	Année	
	Numéro	
	Nom de l'allocataire	

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'Accueil de Loisirs :
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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non si oui (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....
INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non

au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....
4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à :

participer aux activités physiques et sportives : oui non

participer aux baignades surveillées : oui non

être transporté en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE),/.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je

soussigné(e),.....
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités.

DROIT A L'IMAGE DES MINEURS

Je soussigné(e) (Nom/Prénom du responsable légal)

.....

Responsable de l'enfant (Noms/Prénoms)

.....

Autorise / N'autorise pas (1)

les responsables de l'accueil et les partenaires directs (notamment la Communauté de Communes MACS) à utiliser, dans le cadre pédagogique (journal, site Internet, publications, reportages, FACEBOOK de l'ALSH, magazine municipal) des photos de mon enfant prises au cours des activités.

(1) : Barrez la mention inutile

Signature