



ACCUEIL de LOISIRS - FICHE D'INSCRIPTION

Nom de l'accueil de loisirs :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :

Ecole :

Date de naissance :

Age :

Nom du responsable :

Prénom du responsable :

Situation familiale :

Email :

Adresse :

CP+Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Codification :

Centre de sécu :

CAF de :

N° CAF :

Régime :

Quotient :

PERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

CP+Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Prof :

Tél. Port :

Codification :

Centre de Sécu. :

MERE : Nom :

Prénom :

Email :

Adresse :

CP+Ville :

Tél. Domicile :

Tél. Prof :

Tél. Port :

Codification :

Centre de Sécu. :

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

Autorise ces personnes : Nom, qualité et téléphone.

-
-
-

A récupérer mon enfant auprès du responsable de l'accueil de loisirs.

Et /ou

J'autorise mon enfant âgé de plus de 6 ans :

A rentrer seul en signalant son départ auprès du responsable de l'accueil de loisir.

FICHE SANITAIRE ENFANT

Nom de l'enfant : -

Prénom de l'enfant :

VACCINATIONS : L'enfant est-il à jour de vaccinations ? OUI - NON :

Date du dernier rappel du DTP (diphtérique, tétanique et poliomyélitique) :

MALADIES INFANTILES : l'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole : oui - non / Varicelle oui - non / Angine : oui - non / Otite: oui - non / Rougeole : oui - non

Scarlatine : oui - non / Coqueluche : oui - non / Oreillons oui - non / Rhumatisme articulaire aigu : oui - non

• Autres maladies : Oui - Non. Lesquelles :

• Asthme : Oui - Non. depuis quand :

• Allergies Alimentaires : Oui - Non. lesquelles :

• Allergies Médicamenteuses Oui - Non :

• Allergies autres :

• Crises convulsives : Oui - Non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Autorisation d'intervention médicale : Oui - Non Médecin traitant :

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? Oui - Non.:

Aucun traitement ne sera administré à l'enfant sans une ordonnance médicale

En cas de maladie, handicap, allergie, régime alimentaire particulier nécessitant une prise en charge spécifique, des renseignements complémentaires peuvent être demandés.

Avez-vous établi un PAI: Oui - Non / une fiche spécifique de scolarisation : Oui - Non

Si oui, prendre contact avec le directeur de l'accueil de loisirs.

RECOMMANDATION DES PARENTS :

.....

.....

.....

ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE :

Nom de l'assurance : n° adhérent :

Adresse assurance : CP : Ville :

Période du contrat : du au

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Nage t-il :

Niveau Ski : Taille : Pointure :

..... Je n'autorise pas la CCBPD à utiliser les photos de mon enfant pour tous supports de communication

• Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

• Déclare mon enfant apte à participer aux activités sportives

• M'engage à signaler toute modification notamment sur de l'état de santé de mon enfant.

• Autorise le directeur ou l'animateur de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaire par l'état de mon enfant et m'engage à rembourser les frais occasionnés.

Je soussigné(e).....déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus. Fait

à, le :/...../..... Signature :