



ACCUEIL DE LOISIRS



DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE 2017

ENFANT :

Nom Prénom
Date de Naissance Age Sexe. F M

RESPONSABLES LEGAUX :

Père

Nom Prénom
Adresse
.....
Commune Code Postal
☎ Domicile : ☎ Portable :
Profession ☎ Travail Employeur

Mère

Nom Prénom
Adresse
.....
Commune Code Postal
☎ Domicile : ☎ Portable :
Profession ☎ Travail Employeur

Situation de famille Si séparation, parent qui a la garde :

Adresse e-mail :

Frères et Sœurs

Nom Prénom
Nom Prénom
Nom Prénom

IMMATRICULATION :

N° Sécurité Sociale

Régime

CAF MSA Autres

N° d'allocataire

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin Traitant

Commune  Cabinet

1. Vaccinations

Fournir la photocopie des vaccinations disponible dans le carnet de santé

2. Renseignements médicaux

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ
Oui <input type="checkbox"/>				
Non <input type="checkbox"/>				
OTITE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Allergies :

- Asthme Oui Non - Alimentaire Oui Non
- Médicamenteuse Oui Non - Autres Oui Non
 - Repas avec présence de porc Oui Non

Précisez la cause de l'allergie :

.....
.....

« Tout traitement médical ou autre problème de santé sera suivi par un PAI (Plan d'Accueil Individualisé établi en amont) »

Indiquer les difficultés de santé (maladies, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant les dates :

.....
.....
.....

3. Recommandations des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives ou dentaires

.....
.....

AUTORISATIONS

1. Autorisation de personnes à venir récupérer l'enfant :

- Nom et Prénom

 Téléphone

Lien avec l'enfant

- Nom et Prénom

 Téléphone

Lien avec l'enfant

- Nom et Prénom

 Téléphone

Lien avec l'enfant

« Aucun enfant n'est autorisé à quitter le centre seul sans décharge »

2. Droit à l'image :

Lors des différentes activités, des photos et vidéos sont prises et sont utilisées à des fins d'illustrations dans différents supports de communication (journaux locaux, site internet de la Mairie, expositions au centre de loisirs)

Qui Non

3. Santé

L'accueil de loisirs se donne l'autorisation de faire appel aux services d'urgence (pompier, Samu) en cas d'accident.

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

- Nom et Prénom

 Téléphone

Liens avec l'enfant

4. Ramassage de bus

Pendant la période des **vacances d'été**, un service de ramassage est organisé pour les enfants de Meynes

Utilisation du bus : - Matin Oui Non - Soir Oui Non

- Soir Oui Non

Utilisation du bus mercredi : - Midi Oui Non

Ce service est proposé par la Mairie de Meynes et est gratuit.

5. Sorties

Dans le cadres des projets d'animation, des sorties en bus sont organisés

Transport Oui Non

L'enfant est il malade en bus Oui Non

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je soussigné M.et/ou Mme

Responsable légal de l'enfant

Déclare exact les renseignements portés sur ce dossier.

Je reconnaissais avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre et m'engage à le respecter.

Date

Signature

A ce dossier, les parents s'engagent à nous faire parvenir les documents ci-joints :

- Fiche sanitaire
- Avis d'imposition année 2016 sur revenu 2015.
- Photocopie des vaccins à jour (carnet de santé)
- Bon CAF (original)
- Assurance extra scolaire
- N°allocataire CAF
- Paiement