



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 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"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE 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 - 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

Oui Non

3. Santé

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

- Hospitalisation Oui Non - Chirurgie Oui Non

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

- Nom et Prénom

☎ Téléphone

Lien 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

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 reconnais 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