



## FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2019/2020

### SITE D'ACCUEIL DE L'ENFANT :

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : .....

École ou collège fréquenté : ..... Classe : .....

### PARENTS OU PERSONNES AYANT LA RESPONSABILITÉ DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... à .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... / ..... / ..... / ..... Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : .....@.....

Profession : ..... Employeur : .....

Téléphone travail : ..... / ..... / ..... / ..... Portable travail : ..... / ..... / ..... / .....

N° sécurité Sociale : .....

Numéro Allocataire (CAF) : ..... Quotient familial : .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié(e)  PACSÉ(e)  Séparé(e)  Divorcé(é)  Veuf(ve)

LE CONJOINT :  Père  Mère  Tuteur  Autre à préciser

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance : le ..... À .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : ..... / ..... / ..... / ..... Téléphone portable : ..... / ..... / ..... / .....

Profession : ..... Employeur : .....

Téléphone travail : ..... / ..... / ..... / ..... Portable travail : ..... / ..... / ..... / .....

### PIÈCES OBLIGATOIRES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION :

- » Attestation de responsabilité civile pour l'accueil
- » Attestation CAF avec quotient familial
- » Certificat médical attestant que l'enfant est à jour de ses vaccinations et apte à la vie en collectivité

### AUTORISATION

J'autorise/ je n'autorise pas la prise de photos et de vidéos lors des activités organisées à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication : site internet, plaquette de communication....

### PERSONNE DÉSIGNÉE POUR REPRENDRE VOTRE ENFANT EN CAS DE BESOIN :

Nom et prénom : ..... Adresse : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

## SANTÉ DE L'ENFANT

### VACCINATIONS :

Vaccin obligatoire : DT POLIO : oui  non  Date du dernier rappel : .....

### VACCINS RECOMMANDÉS :

|                    |                              |                              |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| BCG :              | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ROR :              | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Hépatite B :       | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Méningite :        | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Autre (préciser) : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

L'ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES ?  Oui  Non

si oui, veuillez

préciser .....

Asthme  Médicamenteuse  Alimentaire  Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (joindre certificat médical d'un allergologue)

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

### Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc. ?

.....

### Médecin traitant

Nom : ..... Adresse .....

N° de téléphone : .....

## DECLARATION

Je soussigné ..... Responsable légal(e) de l'enfant .....

- Déclare exactes les informations portées sur la présente fiche d'inscription
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.
- S'engage à communiquer au directeur tout changement de situation familiale et/ou professionnelle (adresse...) par rapport aux informations données dans la fiche d'inscription initiale.

Date : ...../...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite  
« Lu et approuvé »