

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2020/2021

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 RESPONSABILITE 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 : / / /

PIECES 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 DESIGNEE POUR REPENDRE 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 »