



FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS 2020/2021

SITE D'ACCUEIL DE L'ENFANT :

Table with 4 columns: JULES FERRY, CAMUS, BUFFON, L.A.L.P. Each column has sub-columns for age groups (3-5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans) with checkboxes.

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 :

Table with 3 columns: Nom et Prénom, Qualité, N° de 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. ?

L'enfant est-t-il propre : : Oui : Non

Si votre enfant n'est pas tout à fait propre lors de l'entrée, veuillez à bien le signaler le jour de l'inscription.

Médecin traitant

Nom : Adresse

N° de téléphone :

Je soussigné(e) : autorise le responsable du Centre de loisirs, à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de mon enfant.

DECLARATION

Je soussigné Responsable légal(e) de l'enfant

- Déclare exactes les informations portées sur la présente fiche d'inscription
- Reconnais avoir pris connaissance des démarches à suivre en cas de suspicion de COVID-19 chez un enfant accueilli (possibilité d'une éviction de l'accueil de loisirs par le responsable)
- 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 »