



Fiche d'inscription des Accueils de Loisirs Et des Accueils Périscolaires

<http://www.dronneetbelle.fr>

Enfant : Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Sexe : M F

Parents : Situation de famille : marié / vie maritale / célibataire / divorcé, séparé / veuf(ve)

PARENT N°1

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
☎ Domicile : ☎ Portable.....
Mail :
Profession :
Nom de l'employeur :
Lieu employeur :
☎ Employeur :

PARENT N°2

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
☎ Domicile..... ☎ Portable.....
Mail :
Profession :
Nom de l'employeur :
Lieu employeur :
☎ Employeur :

Autorisations :

- J'autorise mon enfant à participer aux transports organisés par la Communauté de Communes Dronne et Belle
- J'autorise mon enfant à quitter seul(e) la structure
- J'autorise mon enfant à quitter la structure accompagné(e) des personnes suivantes :

NOM et PRENOM	TELEPHONE

Droit à l'image :

- J'autorise mon enfant à être pris(e) en photo par le personnel et à publier celles-ci à des fins pédagogiques ou publicitaires pour les structures
- Je n'autorise pas

Documents à fournir :

Régime : Général MSA RSA Autre :
N° de sécurité sociale du parent responsable :
Assurance Extra-scolaire, Nom et Numéro :

Pièces à fournir	Copie des vaccinations	Attestation quotient familiale CAF/MSA	Notification Aide aux Temps Libre CAF/MSA	Autorisation prélèvement + RIB	Coupon réponse règlement intérieur	Copie du jugement	Prise en charge du Conseil Départemental
------------------	------------------------	--	---	--------------------------------	------------------------------------	-------------------	--

Madame, Monsieur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
Je déclare également avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Date et signature des responsables légaux

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES SUR VOTRE ENFANT ET EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

NOM : PRENOM :

➤ NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT :

.....

➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

● L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

● Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance ni autorisation d'un responsable légal.

➤ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre- indication

➤ L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

➤ ALLERGIES :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (fournir le PAI) :

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

➤ DIFFICULTES DE SANTE : (MALADIE ? ACCIDENT ? CRISES CONVULSIVES ? HOSPITALISATION ? OPERATION ? REEDUCATION ?), EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

➤ PARTICULARITES : L'enfant est-il porteur de ?

Lunettes Appareil dentaire Appareil auditif Un handicap

➤ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

TEL :

Date et signature des responsables légaux