

DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE 2016-2017
ACCUEIL DE LOISIRS / PERISCOLAIRE / TAP 3/12 ANS

Service Enfance



1. L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE :/...../.....
Adresse de l'enfant à l'année : _____

Code Postal : _____ VILLE : _____
Régime : Général : MSA : Caisse Maritime :

2. RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX) DE L'ENFANT :

	Père	Mère	Autres
NOM			En tant que
PRENOM			
Adresse			
Domicile			
Portable			
Travail			
E-mail			

Numéro Allocataire :

3. AUTORISATION

- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées dans le cadre des accueils sur la commune et à l'extérieur sur l'année 2016/2017
- Je déclare également être responsable de mon enfant, sur les trajets aller-retour qui le séparent de son domicile du lieu où se déroulent les activités.
- J'autorise le transport de mon enfant au cours des activités, en minibus, en car ou en voiture.

Je l'autorise à quitter seul l'Accueil de loisirs et périscolaire à la fin des activités.

OUI NON

Coordonnées des personnes autres que moi, autorisées à venir chercher mon enfant :

NOM : _____ PRENOM : _____ ☎ : _____
NOM : _____ PRENOM : _____ ☎ : _____
NOM : _____ PRENOM : _____ ☎ : _____

- Je déclare que mon enfant est couvert par une responsabilité civile individuelle ou familiale.
- J'autorise le Service Animation à photographier mon enfant lors des activités et permet l'utilisation de l'image pour des présentations, communications et promotion de la structure et de la commune.

4. FICHE SANITAIRE : (se référer au carnet de santé ou aux certificats médicaux)

4.1 Vaccination :

Pour faciliter la prise en charge de l'enfant en cas de nécessité, nous vous invitons à joindre au dossier d'inscription une copie des vaccins notés au carnet de santé.

Vaccin obligatoire : DT POLIO OUI NON

Date du dernier rappel :

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, nous vous demandons de joindre un certificat médical de contre-indication.

4.2 Renseignements médicaux concernant l'enfant :

Suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre au directeur, une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Allergies :

ASTHMES	ALIMENTAIRES	MEDICAMENTEUSES	AUTRES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

L'enfant présente-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...), qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI NON

Si oui, merci de préciser :

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives et/ou dentaires...)

Merci de préciser :

Nom du médecin traitant :



Je soussigné,

responsable de l'enfant :

Déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant. Je m'engage à prévenir l'Accueil de loisirs de tout changement concernant la situation familiale ou problèmes de santé de l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du projet pédagogique et règlement de l'accueil de loisirs périscolaire et de l'accueil de loisirs sans hébergement et en accepter les modalités.

Je m'engage à ce que mon enfant ait une tenue adaptée et soit apte physiquement à la pratique des activités pour lesquelles il est inscrit

A _____, le _____

Signature du responsable légal de l'enfant