



FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT 1^{er} septembre 2017 au 31 décembre 2018

Site d'accueil

- Accueil de loisirs SAINT YZAN DE SOUDIAC
 Accueil de loisirs SAINT CHRISTOLY DE BLAYE
 Accueil de loisirs MARCENNAIS

ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : M F Né(e) le : à :

CLASSE ET ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE à compter du **1er septembre 2017** :

.....

PARENTS OU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parents Père Mère Assistante familiale

Mr NOM, Prénom :

Adresse :

Téléphone ☎ Portable :

Adresse mail :

Mme NOM, Prénom :

Adresse :

Téléphone ☎ Portable :

Adresse mail :

Situation familiale :

Nom et téléphone de l'employeur du père :

Nom et téléphone de l'employeur de la mère :

ORGANISME D’AFFILIATION

Numéro de Sécurité Sociale :

Régime auquel vous appartenez :

Régime général CAF/EDF/SNCF

Régime MSA

Régime maritime

DEPART DE L’ENFANT

Quitte seul l’Accueil de Loisirs à la fin des activités (enfant âgés de 7 ans et plus uniquement)

Dans ce cas, je dégage l’Accueil de Loisirs de toute responsabilité vis-à-vis de mon enfant après la sortie de l’Accueil de Loisirs.

Sera récupéré par : les parents ou/et un adulte responsable

Noms et téléphones des personnes habilitées à récupérer votre enfant

NOM : :/...../...../...../.....

NOM : :/...../...../...../.....

NOM : :/...../...../...../.....

PHOTOGRAPHIE

Autorisation de photographier mon enfant dans le cadre des activités et sorties des Accueils de Loisirs.

oui

non

Je soussigné(e) :

responsable légal de l’enfant :

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise

- les responsables des Accueils de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l’état de mon enfant,

- mon enfant à participer aux activités et sorties organisées par les Accueils de Loisirs.

certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique.

Fait à

Le

Signature du Père,

de la Mère,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017-2018**A compléter impérativement****ENFANT :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

 M F**Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)**

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin : tel :

Régime alimentaire :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée 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 ? (rayer les mentions inutiles)

Rubéole - varicelle - angine - rhumatisme articulaire aigue
scarlatine - coqueluche - otite - rougeole - oreillonsAllergies : asthme oui non
médicamenteuses oui nonalimentaire oui non
autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le Signaler)

.....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

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

.....