



# ACCUEIL DE LOISIRS



# DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE 2017/2018



## ENFANT :

Nom..... Prénom.....  
 Date de Naissance ..... Age..... Sexe. F  M

## RESPONSABLES LEGAUX :

### Père

Nom ..... Prénom.....  
 Adresse.....  
 .....  
 Commune..... Code Postal .....  
 ☎ Domicile : ..... ☎ Portable.....  
 Profession..... ☎ Travail..... Employeur.....

### Mère

Nom ..... Prénom.....  
 Adresse.....  
 .....  
 Commune..... Code Postal .....  
 ☎ Domicile : ..... ☎ Portable.....  
 Profession..... ☎ Travail..... Employeur.....

Situation de famille Si séparation, parent qui a la garde :

Adresse e-mail :

### Frères et Sœurs

Nom ..... Prénom.....  
 Nom ..... Prénom.....  
 Nom ..... Prénom.....

## IMMATRICULATION :

N° Sécurité Sociale.....

Régime

CAF       MSA       Autres

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin Traitant .....

Commune .....  Cabinet .....

## 1. Vaccinations

Fournir la photocopie des vaccinations disponible dans le carnet de santé

## 2. Renseignements médicaux

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

### Allergies :

- Asthme            Oui  Non             - Alimentaire            Oui  Non   
- Médicamenteuse    Oui  Non             - Autres            Oui  Non   
- Repas avec présence de porc    Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie :

.....  
.....

**« Tout traitement médical ou autre problème de santé sera suivi par un PAI (Plan d'Accueil Individualisé établi en amont) »**

Indiquer les difficultés de santé (maladies, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant les dates :

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

## 3. Recommandations des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives ou dentaires

.....  
.....

# AUTORISATIONS

## 1. Autorisation de personnes à venir récupérer l'enfant :

- Nom et Prénom .....

 Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

- Nom et Prénom .....

 Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

- Nom et Prénom .....

 Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

**« Aucun enfant n'est autorisé à quitter le centre seul sans décharge »**

## 2. Droit à l'image :

Lors des différentes activités, des photos et vidéos sont prises et sont utilisées à des fins d'illustrations dans différents supports de communication (journaux locaux, site internet de la Mairie, expositions au centre de loisirs

Oui  Non

## 3. Santé

L'accueil de loisirs se donne l'autorisation de faire appel aux services d'urgence (pompiers, Samu) en cas d'accident.

- Hospitalisation Oui  Non

- Chirurgie Oui  Non

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

- Nom et Prénom .....

 Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

## 4. Ramassage de bus

Pendant la période des vacances d'été, un service de ramassage est organisé pour les enfants de Meynes

Utilisation du bus : - Matin Oui  Non  - Soir Oui  Non

Utilisation du bus mercredi : - Midi Oui  Non

Ce service est proposé par la Mairie de Meynes et est gratuit.

## 5. Sorties

Dans le cadres des projets d'animation, des sorties en bus sont organisés

Transport Oui  Non

L'enfant est il malade en bus Oui  Non

## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je soussigné M.et/ou Mme .....

Responsable légal de l'enfant .....

Déclare exact les renseignements portés sur ce dossier.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre et m'engage à le respecter.

Date

Signature

A ce dossier, les parents s'engagent à nous faire parvenir les documents ci-joints :

- Fiche sanitaire
- Avis d'imposition année 2014 sur revenu 2013.
- Photocopie des vaccins à jour (carnet de santé)
- Bon CAF (original)
- Assurance extra scolaire
- N°allocataire CAF
- Paiement