

FRAIS D'INSCRIPTION

Payé la somme de :

☐ 40 € (frais d'inscription)

Date :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e) : _____ père, mère, tuteur,
responsable légal de l'enfant : _____

- ✓ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- ✓ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs.
- ✓ Autorise l'Accueil de Loisirs à réaliser et utiliser des photographies où apparaît mon enfant pour parution dans les brochures, bulletins municipaux ou site de la Mairie.
- ✓ Autorise le Directeur de l'Accueil de Loisirs à faire soigner mon enfant en cas d'urgence.
- ✓ Autorise mon enfant à repartir :
 - SEUL ☐ Oui ☐ Non
 - Avec son frère ou sa sœur ☐ Oui ☐ Non
- ✓ Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Fait à Sainte-Anne, le _____

Signature

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTE.



OPERATION VACANCES APPRENANTES 06 au 31 Juillet 2020

FICHE D'INSCRIPTION

**Groupe Scolaire du Bourg
Ginette MARAGNES Mixte 2
8h à 12h00**

PHOTO

DE

L'ENFANT

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements administratifs et médicaux qui pourront être utilisés pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue en fin de séjour.

L'ENFANT

NOM _____ PRENOM _____

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

CP : _____ VILLE : _____ Tél. : ____/____/____/____/____

LES PARENTS RESPONSABLES

La Mère :

NOM _____

PRENOM _____

Tél. Dom : ____/____/____/____/____

Tél. Prof : ____/____/____/____/____

Tél. Portable : ____/____/____/____/____

Adresse : _____

CP : _____ VILLE : _____

Le Père :

NOM _____

PRENOM _____

Tél. Prof : ____/____/____/____/____

Tél. Portable : ____/____/____/____/____

PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et Prénom	N° de Téléphone	Qualité

PIECES A FOURNIR :

☐ Assurance extrascolaire ☐ 1 photo ☐ Page vaccination carnet de santé

☐ Attestation de CAF ☐ Attestation de domicile

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – VACCINATIONS

Merci de fournir une photocopie des pages de vaccination.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	<u>VACCINS RECOMMANDÉS</u>	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'Accueil de loisirs ?
Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☒

MEDICAMENTEUSES oui ☒ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☒ non ☐

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

```
*****
***
```

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐

DES LUNETTES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ☐ non ☐

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ☐ non ☐

4- ACTIVITES SPORTIVES ET BAINNADES

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives :
oui ☐ non ☐

Partie réservée à l'administration

TEST D'AISSANCE EN NATATION : ☐ Apte ☐ Inapte

Document issu de l'original CERFA paramétré pour les besoins de la structure ALSH de la Ville de Sainte-Anne.