

FICHE D'INSCRIPTION

Année scolaire :/.....

Cantine Garderie TAP
Alsh mercredis Alsh vacances Espace Jeunesse

L'ENFANT

NOM et Prénom :

Né(e) le :

Age : ____ ans


LES PARENTS (ou tuteurs) DE L'ENFANT

NOM et Prénom 1^{er} parent :

NOM et prénom 2^{ème} parent :

Adresse :

 domicile :

 port :

 courriel :

N° Allocataire CAF ou MSA :

N° D'assuré Social :

Compagnie d'Assurance et N° de Contrat responsabilité civile :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), _____ parent/tuteur ⁽¹⁾ de

- Autorise l'Accueil à transporter mon enfant en voiture particulière dans le respect de la réglementation routière
- Autorise mon enfant à rentrer seul après l'Accueil
- Autorise l'Accueil à prendre des photos de mon enfant et à les diffuser dans tous supports de communication (Facebook, blog, presse, bulletins municipaux)
- Autorise-la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant après l'Accueil de Loisirs :

NOM et Prénom : _____ Tél. _____

NOM et Prénom : _____ Tél. _____

Le

à

Signature

MINISTERE DE LA COHESION SOCIALE

Code de l'action Sociale et des Familles

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) ENFANT

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Poids de l'enfant :

2) VACCINATIONS : Photocopie carnet de vaccination

3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical OUI NON

Si oui, Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant suit-il un protocole d'Accueil individualisé OUI NON

Si oui, le fournir

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES : _____

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

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, REEDUCATION) EN

PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

4) INFORMATIONS UTILES DES PARENTS

Mon enfant porte :

des lunettes ou lentilles

des prothèses auditives

des aérateurs transtympaniques (yoyos)

des prothèses dentaires

autres appareillages (préciser) : _____

Régime alimentaire spécifique

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

5) RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), _____, père, Mère, responsable légal (1) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

(1) Rayer les mentions inutiles.

Date :

Signature :