

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**Année scolaire 2020 - 2021**

**L'ENFANT**

NOM et Prénom :

Né(e) le :

Age : \_\_\_\_ ans

**LES PARENTS (ou tuteurs) DE L'ENFANT**

NOM et Prénom 1<sup>er</sup> parent :

NOM et prénom 2<sup>ème</sup> 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 <sup>(1)</sup> 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

## 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 :