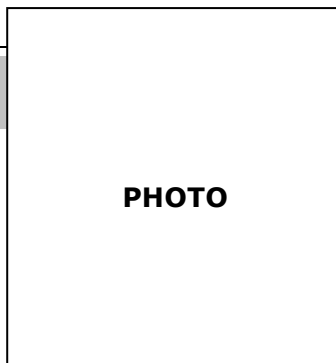


FICHE D'INSCRIPTION N°..... Reçu le



ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Ecole : Classe :

N° de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

N°d'allocataire.....

Responsable légal : père mère tuteur légal

Nom :Prénom :

Adresse :

CP / Ville :

Tél domicile * : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable* : __ / __ / __ / __ / __

Situation familiale : célibataire / marié (e) / pacsé (e) / vie maritale

divorcé (e) / séparé(e) (joindre l'ordonnance du juge si nécessaire) / veuf, veuve.

Profession : Tél professionnel : __ / __ / __ / __ / __

Employeur :

Responsable légal : père mère tuteur légal

Nom :Prénom :

Adresse :

CP / Ville :

Tél domicile* : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable* : __ / __ / __ / __ / __

Situation familiale : célibataire / marié (e) / pacsé (e) / vie maritale

divorcé (e) / séparé(e) (joindre l'ordonnance du juge si nécessaire) / veuf, veuve.

Profession : Tél professionnel : __ / __ / __ / __ / __

Employeur :

Assurance extrascolaire : Compagnie : N° de Contrat:
ou Responsabilité civile : N° de Contrat :

* j'accepte de recevoir des informations sur l'accueil de loisirs par l'intermédiaire d'un serveur vocal France Telecom (relance rappel des dates d'inscriptions, programme d'activités, places vacantes...) Adresse courriel :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom :Prénom :

Lien avec l'enfant (grands-parents, voisin...) :

Tél domicile : __ / __ / __ / __ / __ Tél portable : __ / __ / __ / __ / __

Tél professionnel : __ / __ / __ / __ / __

Renseignements concernant la santé de l'enfant

1 Vaccins : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

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

2 L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Oui / Varicelle : Oui / Oreillons : Oui / Scarlatine : Oui

Coqueluche : Oui / Rougeole : Oui / Otite : Oui / Angine : Oui

3 L'enfant est-il allergique ?

A des médicaments Oui /Asthme Oui /A certains aliments Oui /Autres : Oui

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....
.....

4 Si l'enfant fait l'objet d'un traitement médical il devra avoir un Protocole d'Accueil Individualisé.

Le document est disponible à l'Accueil de Loisirs.

5 Si l'enfant a déjà un protocole d'accueil individuel avec l'école ou l'accueil périscolaire fournir une copie de celui-ci.

6 Problèmes de santé particuliers et recommandations des parents :

.....

7 Médecin traitant :

Nom : Tél __ / __ / __ / __ / __

Je soussigné(e) Monsieur, Madame
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs dans lequel j'ai inscrit mon enfant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Le Signature

NB : ne pas oublier de nous signaler tous changements d'adresse ou de téléphone en cours d'année.