



NOM ET PRENOM DE L'ENFANT

Sexe : M F

Date de naissance :

Ecole fréquentée :

Classe :

PERE (nom et prénom) :

Adresse

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Nom, adresse de l'employeur :

Téléphone professionnel :

MERE (nom et prénom) :

Adresse

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Nom, adresse et n° de téléphone de l'employeur :

Téléphone professionnel :

Adresse de facturation : Père et mère Père Mère

Numéro allocataire CAF :

Quotient familial : Justificatif CAF Pro

Réservé Mairie : Tranche 1 2 3 4

Personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant à la place des parents et/ou à contacter en cas d'urgence:

NOM ET PRENOM :

Adresse :

N° de téléphone :

Lien avec la famille :

NOM ET PRENOM :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Lien avec la famille :

IMPORTANT

- Pour que votre dossier soit complet, il faut nous transmettre :
- Une attestation de quotient familial CAF
 - Une copie du carnet de santé (pages de vaccination)
 - Une copie d'assurance scolaire 2016/2017
 - Un RIB



Tournez la page

Autorisations parentales diverses

Je soussigné(e), Madame/Monsieur

AUTORISE mon fils/ma fille

. à subir une anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, une intervention chirurgicale serait nécessaire. OUI NON

. à rejoindre seul sa famille dès la fermeture du centre, dégageant ainsi l'accueil de loisirs de toute responsabilité en cas d'incident (pour les + de 6ans). OUI NON

. à être photographié ou filmé lors des diverses activités (diffusion sur des documents officiels, outils de communication) OUI NON

Fiche sanitaire

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (précisez)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

 L'enfant a - t'il déjà EU LES MALADIES SUIVANTES ? (*Entourer le nom ou le rayer*)


Rubéole Coqueluche Angine Otite Scarlatine Rougeole
Oreillons Varicelle Rhumatisme Articulaire Aigü

Allergies : médicamenteuses, alimentaires, asthme, autres... Précisez :

 L'enfant suit-il un TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR ?.....

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.

 Indiquez ci-après les éventuelles DIFFICULTES DE SANTE en précisant les précautions à prendre :

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

Je déclare sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements, j'ai pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et je les accepte. Je m'engage à signaler tout changement relatif à cette déclaration.

A le

Signature du responsable légal