



PÔLE PARCOURS DE VIE
Direction Joué Famille
Service Petite Enfance

FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION
Valable du 08.07.2019 au 24.06.2020

ACCUEIL DE LOISIRS PETITE ENFANCE

RENSEIGNEMENTS ENFANT

NOM-Prénom

Né(e) le

Sexe :

ECOLE :

Mon enfant est né entre **2014** et **2015**
Je souhaite l'inscrire sur la période **juillet-août 2019**

Voir fiche de réservation ci jointe

Mon enfant est né entre **2015** et **2016**
Je souhaite l'inscrire sur **l'année scolaire 2019.2020**

⇒ **Les mercredis** : OUI NON

Le mercredi, mon enfant sera présent :

Régulièrement : OUI NON

Occasionnellement : OUI NON (précisez la fréquence) :

⇒ **Les petites vacances scolaires** : OUI NON

(une feuille de réservation des journées vous sera adressée avant chaque séjour)

A partir de septembre, les enfants nés en **2014** seront accueillis à **l'ADL La Borde**.

⇒ **Vous êtes intéressé par : Les mercredis** : OUI NON

Le mercredi, mon enfant sera présent :

Régulièrement : OUI NON

Occasionnellement : OUI NON (précisez la fréquence) :

⇒ **Vous êtes intéressé par Les petites vacances scolaires** : OUI NON

(Une feuille de réservation des journées vous sera adressée avant chaque séjour)

Mon enfant utilisera le service des transports OUI NON Arrêt :

J'autorise la publication de la photographie (ou vidéo) de mon enfant dans le cadre des activités : OUI NON

RENSEIGNEMENTS DES RESPONSABLES DE L'ENFANT

Représentant 1 :

NOM – Prénom :
Nom employeur :
Domicile :
Professionnel :

Portable :
E-Mail :

Représentant 2 :

NOM – Prénom :
Nom employeur :
Domicile :
Professionnel :

Portable :
E-Mail :

Affiliation Régime Général MSA SNCF Autre Numéro allocataire CAF

Numéro de sécurité sociale du responsable de l'enfant : (obligatoire)

Nom de la compagnie d'assurance et numéro de contrat responsabilité civile :

AUTORISATION PARENTALE :

Les personnes autorisées à prendre l'enfant :

Le père de l'enfant : OUI NON

La mère de l'enfant : OUI NON

En cas d'absence des responsables, veuillez indiquer les autres personnes autorisées à prendre en charge l'enfant :

NOM : Prénom Qualité Portable

NOM : Prénom Qualité Portable

NOM : Prénom Qualité Portable

NOM : Prénom Qualité Portable

VACCINATIONS DE L'ENFANT :

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations

Dates du dernier rappel

. DT Polio (diphtérie, tétanos, polio)

.....

. B.C.G

.....

. R.O.R

.....

SUIVI MEDICAL :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel :

L'enfant a-t-il des allergies alimentaires, médicamenteuses, autres... Oui Non

Allergies connues :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Un protocole d'accueil individualisé a-t-il été signé, si oui, joindre la photocopie du PAI.

Les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation). Précisez les précautions à prendre.

Spécificités alimentaires connues :

Spécificités alimentaires : sans viande sans porc autre

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

Date :

Signature obligatoire du Représentant Légal :