



**INSCRIPTION
ACCUEIL DE LOISIRS PETITE ENFANCE
2021-2022**

PÔLE PARCOURS DE VIE
Direction Joué Famille
Service Petite Enfance

L'accueil de loisirs au Fil du Jeu, 2 rue d'Amboise, accueille les enfants des écoles Morier, Vallée violette, Mignonne, Alouette et Saint Gatien

L'accueil A Petits Pas, 21 rue de la Douzilière, accueille les enfants des écoles Blotterie, Maisons Neuves, Paul Langevin et Marie Curie

RENSEIGNEMENTS ENFANT

NOM-Prénom

Né(e) le

Sexe :

ECOLE :

Mon enfant est né entre **2017** et **2018**
Je souhaite l'inscrire sur l'**année scolaire 2021.2022**

⇒ **Les mercredis** (1 choix possible):

Le mercredi matin avec repas (départ à 13h)

Le mercredi toute la journée

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)

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

Représentant 1 :

NOM – Prénom :
 Nom employeur :
 Adresse du Domicile :
 } Portable :
 } Professionnel : @E-Mail :

Représentant 2 :

NOM – Prénom :
 Nom employeur :
 Adresse du Domicile :
 } Portable :
 } Professionnel : @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 :