

**INSCRIPTION**

**ACCUEIL DE LOISIRS PETITE ENFANCE**

**2022-2023**

PÔLE PARCOURS DE VIE

Direction Joué Famille

Service Petite Enfance

**L’accueil de loisir au Fil du Jeu**, 2 rue d’Amboise, accueille les enfants des écoles Morier, Vallée violette, Mignonne, Alouette, Maisons neuves, Paul Langevin et Saint Gatien.

**L’accueil A Petits Pas**, 21 rue de la Douzilière, accueil les enfants des écoles Blotterie et Marie Curie.

RENSEIGNEMENTS ENFANT

NOM-Prénom

Né(e) le  Sexe :

ECOLE :

Mon enfant est né entre **2018** et **2019**

Je souhaite l’inscrire sur **l’année scolaire 2022.2023**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⇨ **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 ❒

RENSEIGNEMENTS DES RESPONSABLES DE L’ENFANT

Représentant 1 :

NOM – Prénom :

Profession :

Adresse du Domicile :

🕽Portable :

🕽Professionnel : **@**E-Mail :

Représentant 2 :

NOM – Prénom :

Profession :

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VACCINATIONS DE L’ENFANT :**

Dates du dernier rappel

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations

. DT Polio (diphtérie, tétanos, polio) …………………………..

. B.C.G …………………………..

. R.O.R …………………………..

**SUIVI MEDICAL :**

L’enfant suit-il untraitement médical ? Oui ❒ Non ❒

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’enfant a-t-il des allergies alimentaires, médicamenteuses, autres… Oui ❒ Non ❒

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. Oui ❒ Non ❒

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

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 :