

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : ..... Signature : .....

les francas

L'éducation en mouvement !

**ACCUEILS DE LOISIRS  
D'ECROUVES**

**Année Scolaire 2017-2018**

**FICHE D'INSCRIPTION**

**Enfant Inscrit**

Nom : .....

Prénom : .....

Né (e) le : ..... Age :

Lieu de naissance : .....

Si naissance multiple (indiquez le rang) :  
1  2  3  4

Sexe : Masculin  Féminin

Ecole : .....

Classe : .....

**COORDONNEES FAMILLE**

**Nom - Prénom du Père** : .....

Adresse : .....

Tél Fixe : ..... Tél Portable : .....

E-mail : ..... Tél Employeur : .....

Responsable Légal de l'Enfant :  OUI  NON

Profession : ..... Employeur : .....

N° Sécurité Sociale : ..... N° Allocataire CAF (7 chiffres) : .....

Quotient Familial en cours : ..... Euros (justificatif joint)

**Etes-vous d'un régime particulier** :  MSA  
 Luxembourg ou Belgique  AUTRES (précisez) : .....

**Nom - Prénom de la Mère** : .....

Adresse : .....

Tél Fixe : ..... Tél Portable : .....

E-mail : ..... Tél Employeur : .....

Responsable Légal de l'Enfant :  OUI  NON

Profession : ..... Employeur : .....

N° Sécurité Sociale : ..... N° Allocataire CAF (7 chiffres) : .....

Quotient Familial en cours : ..... Euros (justificatif joint)

**Etes-vous d'un régime particulier** :  MSA  
 Luxembourg ou Belgique  AUTRES (précisez) : .....

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussignée (personne responsable) : .....  
certifie inscrire mon enfant : ..... aux accueils de loisirs  
(mercredis éducatifs et/ou vacances scolaires) d'Ecrouves suivant la ou les fiches  
annexées ci-jointes.

J'ai pris connaissance des conditions générales de fonctionnement de l'accueil.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées dans le  
cadre des accueils de loisirs, notamment les activités nautiques.

J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif  
(bus, minibus...) dans le respect de la législation en vigueur.

J'autorise la direction du centre à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où  
mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.

- J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant  
réalisées dans le cadre de l'accueil périscolaire et ne portant pas atteinte à sa  
réputation ou à sa vie privée. (1)

OUI

NON

- J'autorise l'accès à mon dossier individuel CAF PRO (dans le cas où l'attestation  
de droit CAF ne serait pas fournie) (1)

OUI

NON

(1) Cochez la mention choisie

Je signale le régime particulier alimentaire suivant pour mon enfant :

.....

Fait à ..... le .....  
Signature personne responsable :

### AUTORISATION DE DEPART

Je soussigné(e) nom, prénom : .....

Agissant en qualité de responsable légal (e) de l'enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Autorise mon enfant à quitter seul le ou les Accueils d'Ecrouves

N'autorise pas mon enfant à quitter seul le ou les Accueils d'Ecrouves

J'autorise la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :

	NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
1				
2				
3				
4				

Le :  
Signature :



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON  FILLE

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant), pas de photocopie

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui  non

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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

MEDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES .....