

**Documents à fournir pour les enfants qui ne sont pas déjà inscrits  
à l'accueil périscolaire du soir après l'école, le mercredi  
ou lors des précédentes vacances en juillet**

Attestation CAF ou MSA avec montant de votre quotient familial

Attestation d'assurance responsabilité civile extrascolaire de l'année scolaire en cours

Photocopie des vaccinations (carnet de santé ou attestation du médecin)

**DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE**

À remplir pour chaque enfant.

**ATTENTION : Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

**1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom (en majuscules) : .....

Prénom : .....

Sexe : M ou F

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

Âge au 1<sup>er</sup> jour de présence de l'enfant : .....

**2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE DE L'ENFANT**

Responsable légal (e) de l'enfant : .....

Parent séparé :  OUI /  NON

Si  oui, merci d'indiquer l'adresse du parent qui a la garde de l'enfant, et si garde alternée de préciser les 2 adresses, et transmettre copie de la décision de justice si tel est le cas.

Adresse 1 :

.....  
.....

...Adresse 2 :

.....  
.....

...

Tél. domicile : .....

Tél. travail mère : .....

Tél. Port. Mère : .....

Tél. Travail père : .....

Tél. Port père : .....

Adresse e-mail : .....

N° Caf, MSA ou autre régime : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Compagnie d'assurance de l'enfant : .....

N° de police : .....

## AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné

(e) : .....

Père, Mère, représentant légal de l'enfant : .....

J'autorise également de façon permanente les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

.....Tél. : .....

.....Tél. ....

.....Tél.

.....

.....Tél.

.....

**Obligation de fournir une autorisation écrite en cas de personne non inscrite, avec copie de la pièce d'identité.**

Uniquement pour les parents séparés :

Pour la facturation, merci d'indiquer l'adresse correspondante :

.....

.....

.....

.....

Fait à Velleron le .....

Signature

**Mairie de Velleron**  
**Accueil de loisirs Petites Vacances**

À remplir uniquement pour les enfants qui ne sont pas déjà inscrits à l'accueil périscolaire du soir après l'école, le mercredi ou lors des précédentes vacances en juillet

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>L'ENFANT</b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).  
JOINDRE OBLIGATOIREMENT COPIE DES PAGES CORRESPONDANTES DU CARNET.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL  
DE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATI
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"/> NC
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

.....

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

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  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 COMPLÉMENTAIRES (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 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél / Portable / Domicile : .....

Nom + Tél du Médecin traitant : .....

*Je soussigné, .....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 :