



Accueil de Loisirs

Mercredi

Année scolaire 2018/2019

Nom de l'enfant :

.....

Prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

Age :

.....

Inscription :

- À la journée
- Demi-journée matin avec repas
- Demi-journée après-midi

Autorisation à quitter la structure seul : OUI / NON

Si oui précisez l'heure :

Accord pour la diffusion de photographies : OUI / NON

Je complète les critères d'inscription :

Cocher les cases validées

Je m'engage pour l'année scolaire

Je l'inscris le mercredi journée entière

Mon enfant est scolarisé à Velleron

Mon enfant est domicilié à Velleron
(un justificatif de domicile de moins de 3 mois :
- facture d'électricité, de gaz ou d'eau,
Ou - facture de téléphone fixe,
Ou - avis d'impôt,
Ou - assurance habitation,
Ou - quittance de loyer)

Ces deux parents travaillent le mercredi
(Je fournis une attestation employeur)

Je l'inscris le mercredi matin avec le repas

Je l'inscris le mercredi après-midi

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^{er} 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° 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 :

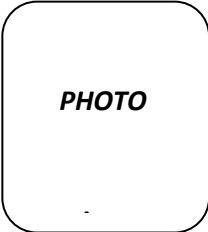
Pour la facturation, merci d'indiquer l'adresse correspondante :

.....

.....

Fait à Velleron le

Signature



Mairie de Velleron
Accueil de loisirs Mercredi journée

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON [] FILLE []

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

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 ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Each cell contains 'OUI [] NON []' options.

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 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 :