

INSCRIPTION FICHE FAMILLE

Accueil de Loisirs Intercommunal

St Jean de Marsacq, Josse, Ste Marie de Gosse, St Martin de Hinx, Saubusse

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

NOM PRENOM :

Adresse :

Né(e) le/...../.... Sexe : M F Lieu de naissance.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom du représentant légal :

Père

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél travail :/...../...../...../.....

Tél domicile :/...../...../...../.....

Tél portable :/...../...../...../.....

Profession :

Employeur :

N° CAF ou MSA :

Adresse mail :

Mère

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél travail :/...../...../...../.....

Tél domicile :/...../...../...../.....

Tél portable :/...../...../...../.....

Profession :

Employeur :

N° CAF ou MSA :

Adresse mail :

SITUATION FAMILIALE : Marié Concubin Célibataire Divorcé Séparé Veuf(ve)

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

| Nom | Prénom | Adresse | Ville | Téléphone | Lien de famille |
|-------|--------|---------|-------|-----------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

| Nom | Prénom | Adresse | Ville | Téléphone | Lien de famille |
|-------|--------|---------|-------|-----------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergies, maladies, antécédents, ... :

Autres :

Nom et n° de tél du médecin traitant :

Hôpital (en cas d'urgence) :

AUTORISATION PARENTALE

NOM et PRENOM de l'enfant

JE SOUSSIGNEE MADAME

ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS ET M'ENGAGE A LE RESPECTER

JE SOUSSIGNE MONSIEUR.....

ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ACCUEIL DE LOISIRS ET M'ENGAGE A LE RESPECTER

ET

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'accueil de loisirs :

OUI

NON

Autorise l'accueil de loisirs à prendre des photos de mon enfant lors des activités ou sorties et de les utiliser dans le cadre de la promotion des activités de l'Accueil de loisirs (site internet, presse locale,...) :

OUI

NON

Autorise la direction de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les mesures d'urgences suivant les prescriptions des médecins :

OUI

NON

Autorise mon enfant à se déplacer en minibus ou en bus :

OUI

NON

Autorise mon enfant à se baigner :

OUI

NON

Mon enfant :

- ne sait pas nager
- sait nager

Joindre obligatoirement le certificat d'aisance aquatique (délivré par un professionnel) sinon l'enfant sera considéré comme non-nageur et portera du matériel de flottaison

Fait à

Le

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM PRENOM

Renseignements concernant la santé de l'enfant

1 - L'enfant est-il à jour de ces vaccins ? **Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé**

Vaccins Obligatoires :

Diphtérie : Tétanos : Poliomyélite :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins recommandés :

Hépatite B : Rubéole – Oreillons – Rougeole Coqueluche BCG :

Autres (préciser) :

2 - L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole : Varicelle : Oreillons : Scarlatine : Coqueluche :
Rougeole : Otite : Angine :

3 - L'enfant est-il allergique ?

Asthme : Médicaments : Aliments : Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....
.....

4 - Si l'enfant fait l'objet d'un traitement médical il devra avoir un Protocole d'Accueil Individualisé

5 – Si l'enfant a déjà un Protocole d'Accueil Individuel avec l'école, il faut fournir une copie de celui-ci.

6 – Difficultés de santé particulières et recommandations des parents (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèses dentaires,...) :

.....
.....
.....

7 – Médecin traitant :

Nom : Tél :/...../...../...../.....

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs dans lequel j'ai inscrit mon enfant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à Le Signature