



**DOSSIER D'INSCRIPTION -
année scolaire 2018/2019**

**Merci de cocher le ou les services
utilisés par vos enfants***

Periscolaire
ALSH

FICHE DE RENSEIGNEMENT

ENFANTS

Nom / Prénom : Né(e) le : Ets Scolaire : Assurance et N°:	à	Nom / Prénom : Né(e) le : Ets Scolaire : Assurance et N°:	à
Nom / Prénom : Né(e) le : Ets Scolaire : Assurance et N°:	à	Nom / Prénom : Né(e) le : Ets Scolaire : Assurance et N°:	à

RESPONSABLE LÉGAL : PÈRE

Nom(s) / Prénom(s) :	N° Sécurité Sociale :
Adresse :	N° CAF :
CP / VILLE :	N° MSA :
tél :	Situation de Famille:
Portable	Célibataire () Divorcé () Marié () Veuf-ve () En couple ()
Email :	
Profession:	
Tél employeur :	Souhaite être membre actif et avoir droit de vote à l'AG oui non

* rayer la mention inutile

RESPONSABLE LÉGAL : MERE

Nom(s) / Prénom(s) :	N° Sécurité Sociale :
Adresse :	N° CAF :
CP / VILLE :	N° MSA :
tél :	Situation de Famille:
Portable	Célibataire () Divorcé () Marié () Veuf-ve () En couple ()
Email :	
Profession:	
Tél employeur :	Souhaite être membre actif et avoir droit de vote à l'AG oui non

DÉPLACEMENT DE L'ENFANT

AUTORISATION DE RETOUR SEUL(E)	OU	NON AUTORISÉ(E) À PARTIR SEUL(E)	
Personne habilitée à venir chercher le ou les enfants		NOM Prénom : Tél. : NOM Prénom : Tél. : NOM Prénom : Tél. : NOM Prénom : Tél. :	Situation **

** (indiquer la **situation** par rapport à l'enfant : conjoint, grand-parents, oncle, ami, ...)

* Les factures seront envoyées à l'adresse du Responsable légal.



Pièces à fournir :

Attestation CAF ou numéro d'allocataires
Bons MSA
Certificat médical aptitude aux activités sportives et non contagion
Photocopie attestations cartes vitales
Responsabilité civile
Attestation d'assurance

JE SOUSSIGNÉ M. OU MME.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT.....

DÉCLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE.

AUTORISE mon enfant à participer aux sorties et activités proposées par le centre de loisirs

AUTORISE le centre de loisirs à prendre en photo ou à filmer mon enfant, dans le cadre des activités et pour le site Internet

AUTORISE le centre de loisirs à faire hospitaliser mon enfant en cas d'ACCIDENT GRAVE

Fait à :

Le :/...../.....

SIGNATURE

MÉDECIN TRAITANT :
 Nom :
 TÉL :

NOUS NE SOMMES PAS AUTORISÉS À DONNER DES MÉDICAMENTS AUX ENFANTS

RENSEIGNEMENTS ENFANT (S) : Mon ou mes enfants sont à jours de leurs vaccinations

NOM : PRÉNOM :	NOM : PRÉNOM :	NOM : PRÉNOM :	NOM : PRÉNOM :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :

DERNIÈRES VACCINATIONS				
BCG	Le :	Le :	Le :	Le :
DT POLIO	Le :	Le :	Le :	Le :
R.O.R	Le :	Le :	Le :	Le :
HÉPATITE	Le :	Le :	Le :	Le :
AUTRES	Le :	Le :	Le :	Le :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX Maladies déjà contractées <i>Rayer les mentions inutiles</i>	RUBÉOLE	RUBÉOLE	RUBÉOLE	RUBÉOLE
	VARICELLE	VARICELLE	VARICELLE	VARICELLE
	SCARLATINE	SCARLATINE	SCARLATINE	SCARLATINE
	COQUELUCHE	COQUELUCHE	COQUELUCHE	COQUELUCHE
	OTITES	OTITES	OTITES	OTITES
	ROUGEOLE	ROUGEOLE	ROUGEOLE	ROUGEOLE
	OREILLONS	OREILLONS	OREILLONS	OREILLONS
	ASTHMES	ASTHMES	ASTHMES	ASTHMES
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :

Traitement médical actuel				
---------------------------	--	--	--	--

ALLERGIES				
-----------	--	--	--	--

Mon enfant sait nager :	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"/>
-------------------------	--	--	--	--

Renseignements supplémentaires :

Signature du responsable légal :