

DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS & accueil périscolaire multi-pôle

PIÈCES À FOURNIR

- copie du livret de famille
- attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile
- dernière attestation de quotient familial (QF) de la CAF/MSA
- copie des pages de vaccins dans le carnet de santé



CONTACTS

Service Enfance Jeunesse
Comm. de Communes Lavalette Tude Dronne
2 rue du Grand Portail, 16390 Saint-Séverin
Directrice : Nadia BARCOUJARAUD
☎ centre de loisirs : 05.45.98.52.42
✉ n.barcoujaraud@ccltd.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Prénom : NOM : Fille Garçon
 Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Ville de naissance :
 Adresse :
 École : Classe : Nom de l'enseignant :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Père - Mère - Tuteur : Responsable du dossier Père - Mère - Tuteur
 Prénom NOM : Prénom NOM :
 📞 portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ 📞 portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
 Profession : Profession :
 📞 travail : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ 📞 travail : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
 @ e-mail : @ e-mail :
 Situation familiale : célibataire vie maritale mariés séparés divorcés
 Nombre d'enfant(s) à charge : 1 2 3 4 et plus

COORDONNÉES DE FACTURATION

Prénom : NOM :
 Adresse :
 📞 domicile : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ @ e-mail :@.....

INFORMATIONS POUR LA FACTURATION

Prénom NOM de l'allocataire :
 Régime : CAF MSA N° d'allocataire : _ _ / _ _ / _ _ _ _

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Prénom NOM	Lien de parenté	📞 Téléphone mobile	📞 Téléphone domicile

ASSURANCES

Organisme de Sécurité Sociale : N° sécurité sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _
 NOM de la compagnie d'assurance : N° de contrat :

Je soussigné(e),
mère - père - tuteur de l'enfant :

Autorise N'autorise pas
mon enfant à quitter le centre seul après les activités

Autorise N'autorise pas
mon enfant à participer aux activités organisées par l'accueil de loisirs (à l'intérieur et à l'extérieur du centre)

Autorise N'autorise pas
mon enfant à utiliser le service de transport mis en place par l'accueil de loisirs

Autorise N'autorise pas
le directeur de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

Autorise N'autorise pas
l'accueil de loisirs à utiliser les photographies où apparaît mon enfant pour une parution sur les différents supports de communication (plaquettes, article de presse, exposition, bulletins communaux, site internet, etc.) sans limitation de durée.

DATE : _ _ / _ _ / _ _ _ _

SIGNATURE DES PARENTS
(mention « lu et approuvé » manuscrite)

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et l'accepte dans sa totalité, sans modifications ni réserves.

TOURNEZ SVP ►

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom NOM	📞 Téléphone mobile	📞 Téléphone domicile

NOM du médecin traitant : Dr 📞 : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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

- Angine Coqueluche Oreillons Otite Rhumatisme articulaire aigu
 Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui ➔ Fournir une ordonnance récente au directeur de l'accueil de loisirs précisant la posologie avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et votre accord écrit. ⚠ **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant porte-t-il des ? lunettes prothèses (auditives - dentaires) autre :

SANTÉ DE L'ENFANT

Allergies : Alimentaires Oui Non Médicamenteuses Oui Non
 Asthme Oui Non

Précisez la conduite à tenir :

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) existant ? Oui ➔ Fournir une copie du PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés au directeur de l'accueil de loisirs.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

.....

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à informer le service Enfance Jeunesse de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

DATE : _ _ / _ _ / _ _ _ _

SIGNATURE DES PARENTS