

CENTRE DE LOISIRS

Date : du 08/04 et du 19/04 - Horaires d'ouverture : de 9h30 à 17h ou de 9h30 à 12h et de 13h30 à 17h

Lieu : 3/11 ans Ecole Rostand

Identité de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____
Date et lieu de naissance : _____ à _____
Adresse : _____
Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Modalités d'inscription

- Séjour complet ou du 8/04 au 12/04 ou du 15/04 au 19/04
 Cantine
 Garderie matin
 Garderie soir

Identité des parents

Père
Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Courriel : _____
Téléphone personnel ou portable : _____ Téléphone professionnel : _____

Mère
Nom : _____ Prénom : _____
Profession : _____ Courriel : _____
Téléphone personnel ou portable : _____ Téléphone professionnel : _____

Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant : _____

Renseignements complémentaires

- Autorisation à participer aux différentes activités de l'accueil de loisirs
 Engagement à la fréquentation de façon régulière et sans interruption pendant les jours de fonctionnement
 Signalement que l'état général de l'enfant lui permet de suivre normalement les activités
 Autorisation donnée au directeur de l'accueil à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'accident grave

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Renseignements administratifs

Allocations familiales : CAF : N° : _____
Union Régionale N° : _____
Assurance des parents : Sécurité Sociale N° : _____
Société minière N° : _____
Assurance complémentaire : Organisme : _____

Fait à Leforest, Le :
Signature des parents ou du tuteur légal :

**DOCUMENT A RETOURNER EN MAIRIE AU SERVICE ENFANCE, EN Y JOIGNANT LE REGLEMENT
INSCRIPTIONS AU SERVICE ENFANCE - DATE LIMITE : 29 mars
(Toute demande incomplète ne sera pas retenue)**

Je m'appelle :

Je suis né(e) le

CENTRES DE LOISIRS : FICHE SANITAIRE

Renseignements médicaux

Vaccinations à jour (joindre la copie du carnet de vaccinations)

Traitement médical

Pour plus de lisibilité des informations, merci de joindre une copie de l'ordonnance ré-écrite à la main par les parents ainsi que les boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine mentionnant les nom et prénom de l'enfant

Détails :

Allergies

Alimentaires : _____

Médicamenteuses : _____

Difficultés spécifiques (ex : asthme...) : _____

Autres : _____

Conduite à tenir :

Renseignements alimentaires

Pas de viande

Pas de porc

Régime alimentaire spécifique (précisez) : _____

Renseignements complémentaires

Port de lunettes

Port de lentilles

Port de prothèse(s) auditive(s)

Autre (précisez) : _____

Je soussigné, _____

responsable légal de l'enfant,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

