

**DOSSIER INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS,
ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019**

ENFANT

NOM : Prénom :

Sexe : Garçon Fille

Né(e) le : Lieu de naissance :

ÉCOLE : **Classe :**

RESPONSABLES LÉGAUX

PÈRE

Nom :

Prénom :

Né le : à

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Courriel :

Autorité Parentale : OUI NON

Prévenir en cas d'urgence : OUI NON

Payeur : OUI NON

MÈRE

Nom :

Prénom :

Née le : à

Adresse :

.....

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Courriel :

Autorité Parentale : OUI NON

Prévenir en cas d'urgence : OUI NON

Payeur : OUI NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

Garde conjointe et simultanée des 2 parents

Garde chez un seul parent (à préciser) :

Garde alternée - **Semaine paire chez :**

- **Semaine impaire chez :**

ASSURANCES

Numéro de sécurité sociale CPAM MSA Autres

Numéro de CAF Hérault Autres

CONTACTS AUTORISÉS (autres que les parents)

NOM Prénom	Lien parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

(*) REC : pouvant récupérer l'enfant

(*) URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents

INFORMATIONS MÉDICALES

➤ **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
DIPHTÉRIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TÉTANOS		HÉPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYÉLITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS ÉVENTUELS (à préciser)		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

➤ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :
Coqueluche Oreillons Rougeole
Rubéole Scarlatine Varicelle

L'enfant a-t-il fréquemment ? Angine Otite Rhumatisme Asthme

Allergies : Non Oui

Préciser :

PAI (Prendre contact avec le directeur de la structure)

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite du représentant légal.**

AUTORISATIONS

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires Oui Non

- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées Oui Non

- À utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville Oui Non

Les autorisations courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.

Nous, Monsieur et Madame
responsables légaux de l'enfant déclarons l'exactitude des informations portées
sur ce dossier.

Fait le
Signature du père

à
Signature de la mère