

**INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES MUNICIPALES**  
**Du 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2019 AU 31 AOÛT 2020**

**PARENTS**

<b>NOM :</b> .....	<b>NOM :</b> .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
mail : .....	mail : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
↪ Domicile : .....	↪ Domicile : .....
↪ Travail : .....	↪ Travail : .....
↪ Portable : .....	↪ Portable : .....
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire	Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire

**QUOTIENT FAMILIAL**

**Personnes bénéficiant des allocations familiales :**  
 CAF  MSA  Fonctionnaire  autre : .....

Nom de l'allocataire : .....

N° d'allocataire : .....

Quotient familial : ..... depuis le : .....

**Personnes non allocataires** (sur le dernier avis d'imposition) :

Revenu fiscal de référence : ..... Nombre de parts : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

**E N F A N T**

**NOM :** ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... Sexe :  masculin  féminin

**Classe :** Niveau : ..... Nom de l'enseignant : .....

Sait-il nager ?  oui  non

**PERSONNES A PREVENIR ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT**

- **NOM**, prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... Lien de parenté : .....

- **NOM**, prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... Lien de parenté : .....

- **NOM**, prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... Lien de parenté : .....

- **NOM**, prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... Lien de parenté : .....

**AUTORISATIONS**

- ↪ Autorise mon enfant à participer aux sorties :  oui  non
- ↪ Autorise mon enfant à rentrer seul (si + 7 ans) :  oui  non
- ↪ Autorise mon enfant à être photographié :  oui  non
- ↪ Autorise la publication des photos :  oui  non

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## 1 – MEDECIN TRAITANT :

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

..... ☎ .....

**2 – VACCINATIONS** : Joindre une copie des pages du carnet de santé mentionnant les vaccinations de l'enfant.

**SI L'ENFANT N'A PAS RECU LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.**

## 3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIE :** Asthme : OUI  NON   
Alimentaire : OUI  NON   
Médicamenteuse : OUI  NON   
Autres .....

En cas d'allergie, précisez la conduite à tenir .....

.....

.....

**A-t-il été effectué un P.A.I. (Projet d'Accueil Personnalisé) à l'école ?**

oui  non

**L'enfant a-t-il un traitement médical continu à suivre durant l'accueil de loisirs?** 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.**

## REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

végétarien  sans porc  sans poisson  autre : .....

## 4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Indiquez ci-après, les difficultés de santé que vous souhaitez faire connaître à l'équipe d'animation (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

Précisez si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....

**AUTORISE le personnel d'encadrement** des différentes structures à prendre toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

**DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES REGLES DE FONCTIONNEMENT** définies pour les accueils de loisirs,

## DOCUMENTS A FOURNIR :

→ Attestation d'assurance responsabilité civile, extra-scolaire et individuelle accident

→ Carnet de vaccinations

→ pour les bénéficiaires d'allocations familiales : attestation de la CAF indiquant le quotient familial

→ pour les personnes non-allocataires : dernier avis d'imposition ou de non-imposition que vous avez reçu (l'absence de pièce justificative entraînera l'application du tarif le plus élevé).

Fait à ARMBOUTS-CAPPEL, le .....

Signature,