



Fiche d'inscription

Aux activités péri et
extrascolaires

- Accueil Jeunes de :
- Accueil de Loisirs de :
- Accueil de Loisirs Périscolaire de :
- Temps d'Activités Périscolaires de :

<http://www.dronneetbelle.fr/>

Votre enfant :

Nom :

Etablissement fréquenté :

Prénom :

Classe :

Enseignant :

Date et lieu de naissance :

Les parents :

Situation de famille : marié, vie maritale / célibataire / divorcé, séparé / veuf(ve)

Personne ayant la garde de l'enfant :

Père

Mère

Coordonnées :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Adresse :

Adresse :

☎ domicile : ☎ portable

☎ domicile ☎ portable

Mail :

Mail :

Profession :

Profession :

Lieu et tél. de travail :

Lieu et tél de travail :

Administratif :

Régime : Général Sécurité Sociale / MSA / RSA / Autre :

CAF de N° d'Allocataire :

N° de sécurité sociale du parent responsable :

Assurance extra scolaire, Nom et Numéro :

Document à fournir pour la facturation :

- Notification Aide aux Temps Libres : envoyée automatiquement par la CAF au mois de décembre pour toutes les familles concernées.

- Bon MSA : faire la demande auprès du service d'action sociale de la MSA et nous fournir les bons complétés et signés au recto.

- Attestation RSA : à fournir tous les 3 mois

- Prise en charge du Conseil Général : faire la demande auprès du service des prestations du CG qui nous fera suivre l'attestation.

- Dossier de prélèvement signé pour bénéficier du prélèvement automatique

Madame, Monsieur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'Accueil de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Je déclare également avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Date et signature des parents



Autorisations :

- J'autorise mon enfant à participer aux activités et aux transports organisés par la Communauté de Communes Dronne et Belle
- J'autorise mon enfant à quitter seul la structure ou accompagné des personnes suivantes :

Nom et Prénom	Téléphone

Droit à l'image :

- J'autorise
- Je n'autorise pas mon enfant à être pris en photo par le personnel et à publier celles-ci à des fins pédagogiques ou publicitaires pour les accueils de loisirs ou les T.A.P.

Documents à fournir :

- Photocopie attestation vitale
- Copie avis d'imposition N-1
- Attestation d'assurance (responsabilité civile, MAE etc.....)
- Dossier d'inscription

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE
EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE.

NOM : PRENOM :
 SEXE : M F Date de Naissance :

- **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE- INDICATION
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Nom et coordonnées du médecin traitant :

- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ALLERGIES :

Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE ? ACCIDENT ? CRISES CONVULSIVES ? HOSPITALISATION ? OPERATION ? REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

PAI OUI NON

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

TEL :

Temps d'Activités Péri-scolaires

Ecole de

Classe

Veillez cocher ci-dessous les cases correspondantes (horaires et jours)

JOUR	13H	13H15	13H30	13H45	14H	14H15	14H30	14H45	15H	15H15	15H30	15H45	16H	16H15	16H30
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A la suite des TAP, j'autorise mon enfant à :

- Quitter et partir seul
- Prendre le bus
- Aller au Péri-scolaire
- Partir avec les personnes nommées sur le dossier