

VILLE D'EMERCHICOURT **BULLETIN D'INSCRIPTION**

Accueil de Loisirs d'ANICHE

Tranche d'âge : 3-5 ans 6-10 ans Préados/Ados

Juillet :

Août :

Nom :

Prénom : Sexe :

Age : Né(e) le :/...../..... Lieu :

Adresse :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

Téléphone des parents : D'urgence :

Adresse Mail : L'enfant a-t-il sa propre carte d'identité :

N° de sécurité sociale : CMU : OUI NON

Médecin traitant : Téléphone :

Nom-Prénom du père :

Nom-Prénom de la mère :

Situation familiale des parents :

Nom(s)-Prénom(s) du ou des responsables de l'enfant :

Caisse d'Allocation Familiales de : Numéro d'allocataire :

Assurance responsabilité civile ou extrascolaire :

L'enfant fréquentera-t-il la garderie ? : OUI NON • Si l'enfant prend le car, précisez

1) Mairie 8H50 3) Café des Sports à 9H

2) Locatif 8H55 4) Cité Lestienne à 9H05

Je, soussigné(e),, responsable de l'enfant..... l'autorise à pratiquer les activités mises en place par la structure, y compris la piscine.

Je l'autorise également à être photographié ou filmé dans le cadre des activités des Accueils de Loisirs, et autorise la diffusion des images sur les supports d'information municipale tels que journal, site web, ou vidéo. En aucun cas, ces images ne pourront faire l'objet d'une utilisation commerciale.

Signature du responsable

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue afin de recueillir les renseignements médicaux qui pourraient être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle vous évite de vous démunir de votre carnet de santé.

VACCINATIONS :

ANTIPOLIOMYELITIQUE-ANTIDIPHTERIQUE-ANTITETANIQUE-ANTICOQUELUCHEUSE

	VACCINS PRATIQUES	DATES
Précisez s'il s'agit :		
Du DT POLIHO
Du TETRACOQ
HEPATIDE B
RUBEOLE-OREILLONS-
ET ROUGEOLE
COQUELUCHE
RAPPELS

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	1 ^{er} vaccin Revaccination
ANTIVARIOLIQUE	Vaccin 1 ^{er} rappel
AUTRES	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases concernées)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS

DIFFICULTES DE SANTE ET ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ENFANT (allergies, autres) :

.....
.....

INFORMATIONS /RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....
.....

L'enfant suit-il un traitement ?..... Si oui, lequel :.....

En cas de traitement pendant le séjour, joindre l'ordonnance.

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul :.....

En cas d'absence des parents, personnes autorisées à reprendre l'enfant :.....

Indiquer le lien de parenté :.....

L'enfant suit-il un régime (médical, religieux ou autre) ? Si oui, lequel :.....

Je soussigné(e)....., 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 d'intervention rendues nécessaires par l'état de l'enfant, sachant que, seuls les services de secours sont habilités à désigner le lieu de soins le mieux indiqué.

DATE :

SIGNATURE