

Renseignements sur l'enfant:

Nom:..... Prénom:.....
 Date de naissance:/...../..... Garçon Fille
 Lieu de résidence : Parents Maman Papa Alterné Autres :
 PAS DE REGIME PARTICULIER VEGETARIEN SANS PORC

PERE ou TUTEUR

NOM :
 Prénom:.....
 Adresse :

 Tel portable :/...../...../...../...../...../.....
 Adresse mail:.....
 N°sécurité sociale :

MERE ou TUTRICE

NOM :
 Prénom:.....
 Adresse :

 Tel portable :/...../...../...../...../...../.....
 Adresse mail:.....
 N°sécurité sociale :

Régime Général: OUI NON Autre régime (à préciser):.....
 Compagnie et N° de Contrat:.....
 Nom de la mutuelle:

AUTORISATIONS PARENTALES

** Merci de cocher la case correspondante à votre autorisation*

AUTORISATION*	OUI	NON
Autorisation photo pour la diffusion de photos dans le cadre de communication (facebook, journal,		
Autorise la/le directeur à prendre les décisions médicales nécessaires au bien être de l'enfant		
Autorise l'enfant à rentrer seul/e		
L'enfant est capable de nager 50m		
Autorise l'enfant à participer à toutes les activités proposée		
Autorise l'enfant à participer aux sorties et à pouvoir être transporter en minibus ou transport en commun		

Documents à fournir, ils seront validés et cochés dès reception

Avis d'imposition	
Assurance individuelle accident (responsabilité civile)	
Numéro d'allocataire CAF :	
Photocopie du carnet de vaccination	

Renseignements médicaux obligatoires

Merci de prendre rendez vous avec la directrice pour toute particularité liée à la santé de votre enfant.

NOM DU MEDECIN DE FAMILLE :Tél: :/...../...../...../...../
Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé : OUI NON
SI VOTRE ENFANTS POSSEDE UN PAI, merci de nous fournir le protocole des procédures à suivre et vous rapprocher de la directrice afin de l'en informer et de donner vos informations sous enveloppe.
Votre enfant présente-t-il les pathologies suivantes :
Allergies alimentaires OUI (*nous ne faisons pas de repas spécifiques aux allergies*) :
 NON
Allergies médicamenteuses OUI: NON
Asthme : OUI / NON DIABETE : OUI / NON EPILEPSIE: OUI / NON
Merci de préciser si votre enfant rencontre un autre trouble de la santé (langage, de comportement, ...) :
.....
L'enfant suit-il un traitement régulier : OUI / NON attention, nous ne pouvons donner de médicaments sans ordonnance médicale.
Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence au sein du temps d'accueil de loisirs :
 OUI / NON précisez :
Autres indications utiles (port de lunettes, prothèses dentaires ou auditives, suivi spécialisé):
.....

VACCINS OBLIGATOIRES : Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DTP)

L'enfant à-t-il déjà eu les maladies suivantes :	OUI	NON
Angine		
Coqueluche		
Oreillons		
Otite		
Rubeole		
Rougeole		
Varicelle		
Scarlatine		

Je m'engage à faire enregistrer personnellement l'arrivée et le départ de mon enfant aux mercredis ou au centre de loisirs ou à défaut à déléguer à une personne majeure (à respecter la même procédure), sur présentation une pièce d'identité.

-	Lien :
-	Lien :
-	Lien :
-	Lien :
-	Lien :

Fait à le

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

Les factures des mercredis sont faites à chaque fin de mois et devront être réglées à ce moment.

Les inscriptions du mercredi se font le VENDREDI de la semaine d'avant, au plus tard

Les inscriptions pour les vacances se font uniquement à la semaine