

VILLE D'ANICHE

BULLETIN D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs Maternel

Ecole Jean Schmidt en juillet et Archevêque en août

Juillet :

Août :

Nom :

Prénom : Sexe :

Age : Né(e) le : / / Lieu :

Adresse :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

Téléphone des parents : D'urgence :

Adresse Mail :

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'Accueil de Loisirs fonctionne de 9H30 à 17H30, sauf la garderie (sur inscription exclusivement pour les parents qui travaillent) le matin à partir de 8H, et le soir jusque 18H

L'enfant fréquentera t'il la garderie ? : OUI NON

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. Je reconnais être informé de l'existence d'un règlement, disponible en mairie d'Aniche, dans les différentes structures, ainsi que sur le site officiel de la ville et l'accepter dans sa totalité.

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 POLIIO
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) :

.....

.....
L'ENFANT A-T-IL UNE RECONNAISSANCE MDPH ?.....BENEFICIE-T-IL D'UN PAI.....

INFORMATIONS /RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

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

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