



# Dossier d'inscription 2017/2018

CADRE RESERVE A  
L'ADMINISTRATION

PAI :

Allergie :

## Fiche sanitaire et autorisation (une fiche par enfant)

### ■ L'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe : .....

Médecin traitant et numéro de téléphone : .....

### ■ Les vaccinations

Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de vaccination.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

### ■ Les renseignements médicaux

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

- |              |                              |                              |              |                              |                              |
|--------------|------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|
| - Rubéole    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Angine     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Varicelle  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Rougeole   | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Coqueluche | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Oreillons  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Otite      | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | - Scarlatine | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

- |                              |                              |                              |                         |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| - Diabète                    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Quel traitement ? ..... |
| - Asthme                     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Fréquence ? .....       |
| - Allergies aux médicaments  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? .....      |
| - Allergies alimentaires     | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? .....      |
| - Autres allergies           | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Nature ? .....          |
| - Hypersensibilité au soleil | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Précautions ? .....     |

Indiquer ci-dessous les autres difficultés de santé, en précisant les dates (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisations...) et précautions particulières à prendre :

.....  
.....  
.....

### ■ Le(s) responsable(s) ou tuteur

NOM : ..... Prénom : .....

N° de sécurité sociale : .....

Compléments d'adresse : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

Téléphones d'urgence: ...../...../...../.....

## ■ Autorisation de sortie (pour les enfants de plus de 6 ans)

---

J'autorise mon (mes) enfant(s) .....

à rentrer seul et quitter l'accueil périscolaire (lundi, mardi, jeudi et vendredi en période scolaire) à

..... (merci de préciser l'heure de sortie).

à rentrer seul et quitter l'accueil de loisirs (mercredi et tous les jours pendant les vacances) à .....

(merci de préciser l'heure de sortie).

Pour toute modification, merci de contacter la direction de l'accueil de loisirs.

**Les enfants de moins de 6 ans ne peuvent pas être récupérés par des personnes mineures.**

## ■ Personnes habilitées à récupérer l'enfant

---

J'autorise les personnes **majeures** suivantes à récupérer mon enfant en cas d'urgence sur les temps d'accueil et à l'issue des activités de loisirs :

– Nom, prénom : .....

Qualité : .....

N° de téléphone personnel : .....N° de téléphone professionnel : .....

– Nom, prénom : .....

Qualité : .....

N° de téléphone personnel : .....N° de téléphone professionnel : .....

– Nom, prénom : .....

Qualité : .....

N° de téléphone personnel : .....N° de téléphone professionnel : .....

– Nom, prénom : .....

Qualité : .....

N° de téléphone personnel : .....N° de téléphone professionnel : .....

– Nom, prénom : .....

Qualité : .....

N° de téléphone personnel : .....N° de téléphone professionnel : .....

Je soussigné(e) .....  
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Mieussy, le

Signature du responsable légal :