



Dossier d'inscription 2018/2019

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 :