

**FICHE D'INSCRIPTION DES MERCREDIS  
DE MAI, JUIN ET JUILLET 2019**

À retourner au Centre de Loisirs **jusqu'au 14 Avril 2019**

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ... / ... / ...

Mettre une croix dans la ou les case(s) de votre choix

MERCREDIS APRÈS-MIDI MAI		MERCREDIS APRÈS-MIDI JUIN ET JUILLET	
15/05/2019		05/06/2019	
22/05/2019		12/06/2019	
29/05/2019		19/06/2019	
		26/06/2019	
		03/07/2019	

**RESPONSABLE LÉGAL**

Mme, M., Nom..... Prénom.....

**ADRESSE DOMICILE** .....

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

**ADRESSE MAIL** : .....@.....

**TÉLÉPHONE** (Domicile) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Père : (Travail) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (Portable) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Mère : (Travail) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (Portable) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**N° d'allocataire CAF** : ..... **MSA** : .....

**AUTORISATION DE SORTIR SEUL**

J'autorise mon enfant à sortir seul du Centre de loisirs à partir de 17h00 OUI NON

- J'autorise le directeur du Centre de loisirs à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin. Je m'engage à payer les frais médicaux.
- Je déclare que mon enfant n'a pas de problèmes de santé incompatibles avec la vie en collectivité.
- Je m'engage à régler le prix correspondant à la période d'inscription, même dans l'hypothèse d'une fréquentation irrégulière de mon enfant, ou de défection totale.

CADRE RÉSERVÉ AU RESPONSABLE DU SERVICE ENFANCE/JEUNESSE

À ..... Le.....

Signature,

**FICHE SANITAIRE 2018/2019**

**À compléter si vous n'avez pas déjà transmis ces informations pour la garderie périscolaire**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

**Obligatoire** : Merci de joindre une photocopie du carnet de vaccinations

**Votre enfant suit-il un traitement ?** OUI NON

*Si oui, aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance. Merci de nous transmettre une ordonnance récente et les médicaments dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.*

**Votre enfant a-t-il un P.A.I. en cours ?** OUI NON

*Si oui, merci de le transmettre au Centre de loisirs avant le début de la période d'accueil.*

**Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux** (maladies, opération, rééducation...) **ou allergies qui nécessiteraient des précautions à prendre ?**

OUI NON

Si oui lesquels ? .....

.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ou suit-il un régime alimentaire spécifique (sans porc, sans viande) ? .....

.....

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT :

.....

NOM ET ADRESSE DU CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE :

.....

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

À ..... Le .....

Signature,