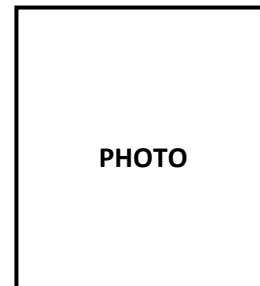




DOSSIER D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs 1, 2, 3 Soleil
ANNEE 2020/2021



ENFANT

Nom : Prénom : Enfant : fille garçon
Date de naissance : Lieu de naissance :
N° de sécurité sociale : Régime : Général MSA
Ecole fréquentée : Classe :
Régime alimentaire : sans porc sans viande végétarien

REPRESENTANTS LEGAUX

Situation familiale : célibataire en couple marié(e) pacsé(e) divorcé(e)

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nombre de frères et sœurs :

Coordonnées du Père

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

 Domicile :

 Portable

@courriel :

Profession :

 travail

Coordonnées de la Mère

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

 Domicile :

 Portable

@courriel :

Profession :

 travail

AUTORISATIONS PARENTALES

En cas de séparation, le parent n'ayant pas la garde, est-il autorisé à récupérer l'enfant :

Oui non
(Joindre le jugement de divorce)

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents)

Nom, Prénom :  lien de parenté :

Nom, Prénom :  lien de parenté :

Nom, Prénom :  lien de parenté :

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom, Prénom :  lien de parenté :

Nom, Prénom :  lien de parenté :

Nom, Prénom :  lien de parenté :

Autorisations

Autorisation pour photos et films : Oui Non

Je suis informé(e) que ces images seront utilisées dans le cadre des activités de l'Accueil et peuvent être utilisées pour des affichages ou des supports d'informations.

Autorisation d'hospitalisation en cas d'urgence : Oui Non

J'autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorisation de sorties : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'Accueil à l'extérieur de la structure.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts et m'engage à informer la Direction de l'Accueil de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant, pouvant intervenir en cours d'année.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil, à en respecter les conditions, ainsi que le tarif qui me sera appliqué en fonction des informations que j'aurai communiquées.

Fait à Kembs, le

Signature du responsable 1

signature du responsable 2

SANTE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Médecin traitant :



VACCINATION

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | | | | Autres (Précisez) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

| | NON | OUI (Merci de préciser) | PAI (Protocole d'accueil Individualisé) |
|-------------------|-----|----------------------------|--|
| Allergies | | | |
| Maladie chronique | | | |
| Autres | | | |

Si votre enfant suit un traitement, il faudra compléter le Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), disponible au secrétariat.
Aucun traitement médical ou allergie alimentaire ne saurait être prise en compte sans PAI.

En cas de traitement médical, même ponctuel, merci de remplir, le document « Protocole d'Administration des médicaments »(PAM)).

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

| Votre enfant porte-t-il : | oui | non | |
|--------------------------------------|-----|-----|--|
| Des lentilles | | | |
| Des lunettes | | | Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant |
| Des prothèses auditives | | | Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant |
| Des prothèses ou appareils dentaires | | | Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant |

Fait à KEMBS, le

Signature