



BULLETIN D'INSCRIPTION AUX SERVICES MUNICIPAUX PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

École fréquentée

Mat. centre **Brahy**

Mat. Bassins **Bey**

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone fixe : **Portable :**

Nom du père :

Adresse :

Téléphone fixe : **Portable :**

INSCRIPTION

Cocher la (ou les) case(s)

garderie périscolaire le :

restaurant scolaire le :

	7h30 à 8h30	11h30 à 12h15	Mat. 16h30 à 18h30
Lundi			
Mardi			
Mercredi			//////////
Jeudi			
Vendredi			

	OUI	NON
Lundi		
Mardi		
Jeudi		
Vendredi		

études surveillées (16h30 - 18h)

ALSH Le petit Poucet 3 / 6 ans

ALSH L'Aventure 7 / 14 ans

À COMPLÉTER PAR LES PARENTS ET À SIGNER

Numéro de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Numéro d'allocataire CAF : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

- Joindre :
- une photocopie de la carte CAF (ou MSA)
 - une attestation d'assurance individuelle au nom de l'enfant
 - la fiche sanitaire de liaison dûment remplie

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Nom et prénom des personnes autorisées à venir rechercher l'enfant :

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

J'autorise l'organisme à prendre des photos de mon enfant pour des publications de type presse locale, bulletin municipal, expositions...

OUI

NON

J'accepte sans condition le règlement intérieur qui m'a été remis lors de l'inscription et m'engage à acquitter le montant du service rendu selon le tarif en vigueur.

Je m'engage à communiquer toute modification qui pourrait intervenir dans les indications portées sur le présent bulletin au moment de l'inscription.

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, atteste inscrire mon enfant à, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre le cas échéant toutes mesures concernant une intervention médicale, rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à MIRECOURT, le

Le représentant légal, (signature obligatoire)



Fiche sanitaire de liaison

Ce document est à remplir **obligatoirement** par le(s) responsable(s)
légal(aux) de l'enfant

Photo de
l'enfant

Enfant

Garçon

Fille

Nom : Prénom :

Adresse :

Né(e) le :/...../..... à

Mère

Responsable légal de l'enfant

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

Père

Responsable légal de l'enfant

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. fixe :

Tél. portable :

Tél. professionnel :

En cas d'urgence, prévenir (si le responsable légal de l'enfant n'est pas joignable) :

NOM et prénom :

Lien de parenté : N° de téléphone :

Vos prestations sociales et familiales

C.A.F.

M.S.A.

N° d'allocataire :

Bénéficiez-vous de la carte loisirs C.A.F. (*pour inscription à l'ALSH*) ? (si oui, joindre une copie)

N° de sécurité sociale dont dépend l'enfant :

À ce dossier, vous joindrez **obligatoirement** :

- un certificat médical attestant des vaccinations obligatoires
(à défaut une copie du carnet de vaccinations)
- l'attestation d'assurance individuelle accident de l'enfant

L'enfant ne sera accueilli sur nos structures qu'avec un dossier complet.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

GROUPE SANGUIN si connu :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au responsable de l'accueil).

! Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance !

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Allergies :

- asthme oui non
- alimentaires oui non
- médicamenteuses oui non
- autres :

► **Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir**

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

Indiquez ci-après :

► **Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

► Indiquez également si votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

► Ainsi que toute autre recommandation qui vous semble utile concernant la santé de votre enfant.

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

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à quitter seul la structure à la fin de l'activité (sauf maternelles).

J'autorise les responsables à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale.

J'autorise les responsables à photographier ou filmer mon enfant pour publication ou exposition.

J'autorise mon enfant à emprunter les différents transports (car, mini-bus) dans le cadre des activités de la structure.

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

À Mirecourt, le SIGNATURE