



Syndicat Intercommunal
Animation Jeunesse-Enfance
Hiré, La Fresnais,
St Méloir des Ondes

Dossier inscription 2019

Accueil de loisirs intercommunal

ENFANT

Nom.....Prénom :

Date de naissance :/...../..... Fille Garçon

Lieu de résidence : parents père mère alternée autre

RESPONSABLE LEGAL

Père

NOM.....

PRENOM.....

Adresse

.....

CP Ville

professionnel

portable

.....@.....

Mère

NOM.....

PRENOM.....

Adresse

.....

CP Ville

professionnel

portable

.....@.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N°allocataire CAF :N° allocataire MSA :

N° de sécurité sociale :

Destinataire de la facture si garde alternée : père mère

Nom et N° d' assurance extra- scolaire en cours : (copie à fournir)

AUTORISATIONS

Autorise par la transmission du n° allocataire CAF

N'autorise pas en transmettant une attestation du quotient familial récente ou l'avis d'imposition N-1

La direction de l'accueil de loisirs à consulter le service internet CAFPRO dans le cadre du dossier d'inscription et de la facturation de mon (mes) enfant(s).

Autorise N'autorise pas à être véhiculé(e) en mini bus de l'accueil de loisirs ou en bus (prestataire)

Autorise N'autorise pas à quitter seul(e) l'accueil de loisirs

Autorise N'autorise pas à quitter l'accueil de loisirs accompagner de (nom prénom et lien de parenté)

.....

Autorise N'autorise pas à être filmé(e) ou photographié(e)

Autorise N'autorise pas à se baigner sous surveillance - sait il (elle) nager ? Oui non

En cas de jugement de divorce pour la garde d'enfant, nous fournir un document officiel



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations

Vaccins	Date	Rappel
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Coqueluche		
Haemophilus		
ROR		
Hépatite B		
Pneumocoque		
BCG		
Autres (préciser)		

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical

Allergies

Préciser :

Si allergie alimentaire, fournir un certificat médical d'un allergologue ou médecin spécialiste précisant les allergènes identifiés et la gravité de l'allergie de l'enfant.

Recommandations des parents

L'enfant porte t'il

Des lunettes oui non

Un appareil auditif oui non

Un appareil dentaire oui non

Des semelles orthopédiques oui non

L'enfant

A-t-il des difficultés de sommeil oui non

A-t-il des problèmes d'énurésie nocturne oui non

Fait-il la sieste oui non

PAI et accompagnement spécifique (facultatif si non concerné)

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical ? (diabète, hémophilie, asthme...) oui non

Préciser :

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical ? (handicap ou autre) oui non

Préciser :

Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? Oui non

Un Projet d'Accueil Individualisé existe-t-il pour votre enfant ? Oui non

Fournir une copie avec le protocole à suivre et prendre contact avec le responsable de l'accueil de loisirs au 06.30.86.07.76

Observations Particulières

Je soussigné (e) (nom et prénom _____) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

SIGNATURE OBLIGATOIRE