

# DOSSIER D'INSCRIPTION

**ACCUEIL DE LOISIRS**  
**« L'ILE AUX ENFANTS »**  
10 rue de Malauzat  
63119 CHATEAUGAY

E-Mail : [accueildeloisirs@chateaugay.fr](mailto:accueildeloisirs@chateaugay.fr)  
Téléphone : 06.08.00.67.15

## MATERNELLE | 2018-2019

**Dossier d'inscription pour l'accueil périscolaire, extra-scolaire, les T.A.P et le restaurant scolaire**

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION	
Reçu le :	<b>Pièces à fournir :</b>
Réceptionné par :	Fiche sanitaire remplie :
Traité le :	Assurance :
Par :	Vaccins :

**A REMETTRE AVANT LE 20 Juillet 2018**

**Les familles ne fournissant pas ces informations ne pourront pas avoir accès aux services**

RENSEIGNEMENTS ENFANT	
Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : ...../...../...../.....	Lieu de naissance : .....
Adresse : ..... .....	
Téléphone domicile : .....	Classe : .....
Ecole fréquentée : .....	Nom de l'enseignant : .....

### AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) :	responsable légale de l'enfant
Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant :	
Nom : .....	Prénom : .....
Nom : .....	Prénom : .....
Nom : .....	Prénom : .....
Nom : .....	Prénom : .....
Nom : .....	Prénom : .....
Lien de parenté : .....	
Téléphone : .....	
Mon enfant sait nager : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>Joindre un brevet de natation de 25mètres</b> à défaut le port des brassards est obligatoire.	
A partir seul : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>joindre une autorisation manuscrite datée et signée</b>	
A participer à toutes les activités sportives et toutes les sorties en car organisées par le centre de loisirs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Droit à l'image pour photographier votre enfant et diffuser les photos (bim journal etc. ;) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

## FRÉQUENTATION DE VOTRE ENFANT

### FREQUENTATION DU RESTAURANT SCOLAIRE

LUNDI <input type="checkbox"/>	MARDI <input type="checkbox"/>	MERCREDI <input type="checkbox"/>	JEUDI <input type="checkbox"/>	VENDREDI <input type="checkbox"/>
<b>FREQUENTATION DE L'ACCUEIL PERI SCOLAIRE</b>				
LUNDI MATIN <input type="checkbox"/>	MARDI MATIN <input type="checkbox"/>	MERCREDI MATIN <input type="checkbox"/>	JEUDI MATIN <input type="checkbox"/>	VENDREDI MATIN <input type="checkbox"/>
LUNDI SOIR <input type="checkbox"/>	MARDI SOIR <input type="checkbox"/>	(sur inscriptions)	JEUDI SOIR <input type="checkbox"/>	VENDREDI SOIR <input type="checkbox"/>

### RENSEIGNEMENTS PARENTS

<p><b>Père de l'enfant</b> : responsable légal oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : ..../..../..... à .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>Téléphone domicile : .....</p> <p>Téléphone portable : .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Situation familiale :</p> <p>Marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/></p> <p>concubinage <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/></p> <p>Profession : .....</p> <p>Nom de l'employeur : .....</p> <p>Téléphone travail : .....</p>	<p><b>Mère de l'enfant</b> : responsable légal oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : ..../..../..... à .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>.....</p> <p>Téléphone domicile : .....</p> <p>Téléphone portable : .....</p> <p>Email : .....</p> <p>Situation familiale :</p> <p>Marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/></p> <p>concubinage <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/></p> <p>Profession : .....</p> <p>Nom de l'employeur : .....</p> <p>Téléphone travail : .....</p>
--	--

<p><b>Beau père</b> <input type="checkbox"/> <b>Belle mère</b> <input type="checkbox"/> : responsable légal oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Nom..... Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : ..../..../..... à .....</p> <p>Adresse.....</p> <p>.....</p> <p>Téléphone domicile.....</p> <p>Téléphone portable.....</p> <p>Profession..... Nom de l'employeur.....</p> <p>Téléphone travail..... N° du poste.....</p>
--

### SITUATION DE FAMILLE

Nb enfant a charge.....	
Régime : général <input type="checkbox"/> M.S.A <input type="checkbox"/> E.D.F.G.D.F. S.N.C.F <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> lequel.....	
N° allocataire C.A.F : .....	N° allocataire M.S.A : .....
Nom de l'allocataire : .....	Caisse : .....
<b>Responsabilité civile :</b>	<b>Individuelle accident :</b>
Compagnie.....	Compagnie.....
Date expiration du contrat : ..../..../.....	Date expiration du contrat ..../..../.....
<b>JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DES CONTRATS ASSURANCES.</b>	

Je soussigné(e) nom et prénom : .....

Déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard de l'enfant ci-dessous.

Déclare être en possession du règlement intérieur du restaurant scolaire, de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter.

A..... Le ..../..../..... Signature,

**A REMETTRE A L'ACCUEIL DE LOISIRS  
AVEC LA FICHE SANITAIRE ET LES PHOTOCOPIES NECESSAIRES**



SERVICE ENFANCE JEUNESSE

# FICHE SANITAIRE 2018-2019

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ...../...../.....

**N° Sécurité sociale :** .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**Nom du médecin traitant :**

.....

**Téléphone :** .....

L'enfant est-il allergique : oui  non

Alimentaires  Asthme

Médicamenteuses

Autres ...

Laquelle : .....

L'enfant suit-il un régime alimentaire :

Oui  non  Lequel

.....

**Précisez les symptômes :**

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

**Précisez la conduite à tenir :**

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

**Un P.A.I (projet d'accueil individualisé) a-t-il été établi avec le médecin scolaire :**

oui  non

**Joindre une photocopie du dossier et les médicaments nécessaires**

**Notez ci-dessous tout ce qui peut vous sembler être utile (recommandations, précautions à prendre) etc.**

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

**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<b>Rubéole</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Varicelle</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Rhumatisme Articulaire aigu</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou faire des photocopies)**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra coq				-	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication**

Je soussigné(e) nom et prénom : .....responsable légale de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable ou l'animateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (consultation d'un médecin, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Autorise à faire soigner mon enfant et/ou faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin : oui  non

**Si vous ne donnez pas votre accord veuillez le confirmer par écrit.**

A..... Le ..... /..... /.....

Signature,

**A REMETTRE AVEC VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION ET VOS PHOTOCOPIES.**