



FICHE
D'INSCRIPTION

Année Scolaire

20..../20....

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance

...../...../.....

Niveau : _____

Représentant 2

NOM _____	Prénom _____
Adresse _____	
<input type="checkbox"/> domicile	<input type="checkbox"/> portable
...../...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Représentant légal	
Profession _____	
Employeur _____	
<input type="checkbox"/> Professionnel/...../.....

Représentant 1

NOM _____	Prénom _____
Adresse _____	
<input type="checkbox"/> domicile	<input type="checkbox"/> portable
...../...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Représentant légal	
Profession _____	
Employeur _____	
<input type="checkbox"/> Professionnel/...../.....

N° allocataire CAF _____

École de secteur: _____

Demande de dérogation vers: _____

Restauration Scolaire

- Forfait 4 jours
- Régulier 1 jour 2 jours 3 jours
- préciser les jours*
- lundi mardi jeudi vendredi

Prélèvement automatique (Restauration uniquement)

Pour une première demande une autorisation de prélèvement vous sera adressée par courrier
Pour une modification de compte bancaire, informer le service
(02 47 44 56 15)

Suivi médical

- Allergie(s)
- Certificat médical du/...../.....
- PAI date:/...../.....
- Habitude Alimentaire
- sans porc

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

<u>Nom et Prénom</u>	<u>Qualité</u>	<u>Numéro de téléphone</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ACCUEIL DE LOISIRS

Juillet : du lundi 10 juillet au mardi 2 août

AOÛT : du mercredi 3 au mardi 29 août

Pierre Sémard

Grands Arbres

Pierre Sémard

PL Courrier

Grands Arbres

Arrêt de Bus

Maison Durand

République

Pierre Sémard

Val Fleuri

Paul Louis Courier (Pas d'arrêt PLC pour P Sémard du 10 juillet au 2 août)

J'autorise mon enfant à venir seul et à repartir seul du centre

de l'arrêt de bus

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant sur le centre et / ou à l'arrêt de bus :

Nom Prénom

Qualité

Période(s) d'inscription : (entourez les jours)

Attention l'accueil de loisirs Paul Louis Courier fonctionne du 10 juillet au 2 août

JUILLET	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	AOÛT	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Semaine 1	10	11	12	13	14	Semaine 5	7	8	9	10	11
Semaine 2	17	18	19	20	21	Semaine 6	14	15	16	17	18
Semaine 3	24	25	26	27	28	Semaine 7	21	22	23	24	25
Semaine 4	31	1	2	3	4	Semaine 8	28	29			

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
DT Polio				Hépatite B	
Tétracoq				Rubéoles-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres	

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé et précisez les précautions à prendre (maladies, accidents, hospitalisations, opérations,... en cas de traitement durant le séjour : joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

Recommandations utiles des parents (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires ...)

N° de Sécurité Sociale _____ Assurance extrascolaire _____

Mutuelle _____

Nom du médecin traitant _____ tél. ___/___/___/___/___

Je soussigné(e), _____ Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées ci-dessus

- autorise le (la) directeur (trice) du centre à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence
- m'engage à payer la part des frais d'accueil incombant à la famille et les frais médicaux le cas échéant
- n'autorise pas la prise de photos et de vidéos, à des fins d'illustration des activités de l'été, par le service Enfance.

En cas de divorce ou de séparation, le droit de visite au centre est-il accordé à l'autre parent

oui

non (fournir le jugement refusant ce droit)

Le ___/___/___

Signature