

ACCUEIL LOISIRS – ACCUEIL LOISIRS PERI SCOLAIRE –

DOSSIER D'INSCRIPTION

PIECES A FOURNIR

- ✦ Dossier d'inscription dûment complété
- ✦ Une photographie de l'enfant
- ✦ Attestation d'assurance extrascolaire garantissant la responsabilité civile et individuelle contre les accidents (assurance type M.A.E)
- ✦ Dans le cas de divorce ou de séparation des parents, veuillez fournir le jugement précisant le nom du parent ayant obtenu la garde de l'enfant.
- ✦ Photocopie des vaccinations à jour.
  
- ✦ Aide aux temps libres
- ✦ Autorisation de sortie du territoire
- ✦ Attestation d'assurance européenne



Accueil Loisirs mercredis et vacances

photographie

Obligatoire

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ SEXE\* : M ou F

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_

@-mail : \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE DE LA FAMILLE

Autorisation parentale\* : Père Mère Tuteur

Situation de famille\* : Célibataire Marié(e) concubinage Veuf(ve) Séparé(e)

Père ou Tuteur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Mère

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Fiche sanitaire de liaison

1- enfant : nom \_\_\_\_\_ prénom : \_\_\_\_\_  
date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2- Vaccinations : joindre la photocopie des vaccinations.

Si l'enfant n'est pas vacciné, préciser pourquoi ?

---

---

3- Renseignements médicaux concernant l'enfant : *entourer les maladies que votre enfant a contracté.*

Rubéole	Varicelle	Angines	rhumatismes	Scarlatine
Coqueluche	Otites	Asthme	Rougeole	Oreillons

Autres problèmes de santé à nous signaler (allergies...)

---

---

---

4- Recommandations des parents :

5- Traitement/médicaments :

Actuellement votre enfant suit-il un traitement ?

Pour tout traitement, joindre une ordonnance dont il est stipulé « que les médicaments peuvent être administrés par le personnel de l'Accueil Loisirs » ) avec la posologie et la durée.

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de  
l'enfant \_\_\_\_\_,

\*Rayez les mentions inutiles.

- ➡ Autorise la direction de l'Accueil Loisirs de Bidart à prendre, en cas d'urgence, toutes décisions de transport, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale nécessitées par l'état de santé de mon enfant. Cette autorisation est valable en cas d'impossibilité de me joindre ou de joindre toute autre personne en cas de nécessité.
- ➡ Autorise l'Accueil Loisirs à photographier mon enfant et à utiliser ses photos pour le Bidart infos ; la presse ; ou le site internet de la Mairie.
- ➡ Autorise mon enfant à partir seul de l'Accueil Loisirs à partir de \_\_\_\_\_
- ➡ Autorise :

M<sup>de</sup>, Mr \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

M<sup>de</sup>, Mr \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

M<sup>de</sup>, Mr \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

M<sup>de</sup>, Mr \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

M<sup>de</sup>, Mr \_\_\_\_\_ lien de parenté \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

- ➡ Avoir pris connaissance du règlement intérieur et à le respecter.

Fait à Bidart, le \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Signature