

DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILLE

Restaurant d'Enfants	<input type="checkbox"/>	Accueil de Loisirs	<input type="checkbox"/>
Garderie Péri- Scolaire	<input type="checkbox"/>	P.O.M.	<input type="checkbox"/>
Ecole de Musique	<input type="checkbox"/>	Cocktails Loisirs	<input type="checkbox"/>
ESCAL	<input type="checkbox"/>	Ludothèque	<input type="checkbox"/>

ENFANTS CONCERNES	Premier Enfant	Deuxième Enfant	Troisième Enfant	Quatrième Enfant
Nom de Famille				
Prénom				
Sexe				
Date et Lieu de Naissance				
Ecole rentrée 2010				
Classe rentrée 2010				
N° GIP CAP'LOISIRS 2010/2011				

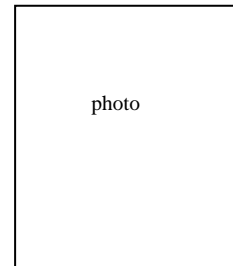
- l'ordre d'inscription des enfants doit être respecté dans tous les tableaux du dossier d'inscription.

A remplir par les deux parents	PERE	MERE
Nom de famille		
Prénom		
Adresse		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Tél. bureau		
Profession		
Adresse mail		

Situation de famille : célibataire marié(e) divorcé(e) autre

En cas de divorce ou séparation :

- autorité parentale de la mère
- autorité parentale du père
- autorité parentale conjointe



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

une fiche par enfant

1 – ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : / / Garçon Fille

Nom du médecin traitant et téléphone

2 – VACCINATIONS

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

L'enfant a reçu les vaccins:

Vaccins	1 ^{ère} inj.	2 ^{ème} inj.	3 ^{ème} inj.	1 ^{er} rappel	2 ^{ème} rappel
DTP/DTCP/ DTCPHi					
BCG					
ROR					
AUTRES					

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- **ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX** : Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'activité ou du séjour à savoir **allergies alimentaires, allergies médicamenteuses**, les autres allergies telles qu'aux plantes, pollen, animaux... ou une opération chirurgicale récente :
.....
.....
- **MALADIES EN COURS** : Aiguës ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement des activités ou du séjour, par exemple diabète, asthme, convulsions... :
.....
.....

Si traitement médical lors de l'activité ou du séjour :

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
 Nom et Prénom du Médecin traitant
 Téléphones ou 06

- **RENSEIGNEMENTS SUR LA VIE QUOTIDIENNE DE L'ENFANT** : (par exemple, l'enfant fait pipi au lit, votre fille est réglée...) :

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document et,
 M'engage à communiquer tout changement relatif à ces renseignements,

La Ferté-Bernard, le.....

Signature des responsables légaux

FICHE AUTORISATION

Si les autorisations s'appliquent à tous vos enfants, ne remplir qu'une seule fiche

Je soussigné(e) (Nom – Prénom)

Adresse.....

Nom – Prénom du ou des enfant(s) :

Autorisation « Interventions Médicales et Chirurgicales »

- J'autorise le responsable de l'activité municipale à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence ou d'accident grave survenant à mon enfant pouvant entraîner une hospitalisation et demande à en être informé(e) dans les plus brefs délais.

Autorisation de « Droit à l'image »

- J'autorise le personnel municipal à filmer et prendre des photos de mon enfant dans le cadre d'activités ou de manifestations municipales.

Autorisation de « Droit au maquillage »

- J'autorise le personnel municipal à maquiller mon enfant, lors d'activités d'expression, j'autorise mon enfant à participer à un atelier maquillage.

Autorisation à la « Baignade »

- Oui

Personnes à contacter en cas d'urgence

Noms – Prénoms	Qualité (père, grand-mère, oncle...)	Téléphones fixes	Téléphones professionnels	Téléphones portables

Fait à

Le

Signature des responsables de ou des enfants