



FICHE DE RENSEIGNEMENT
EN VUE D'UNE PREINSCRIPTION
AUX SERVICES PERISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES

ATTENTION : Cette fiche de renseignement ne vaut pas inscription définitive

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : Féminin Masculin

Né(e) le :/...../..... A :

Adresse principale de l'enfant :

N°..... Rue..... Code postal.....

Commune de résidence :

Ecole fréquentée : Classe :

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

	Responsable 1	Responsable 2
NOM		
Prénoms		
Lien avec l'enfant		
Date de naissance		
N° Allocataire : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA		
Quotient familial		
Téléphone fixe		
Portable		
Nom de l'employeur et Tél.		
Adresse mail		
Affiliation pour les prestations sociales de l'enfant : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2		

Autre(s) personne(s) à contacter en cas d'urgence :

- 1- M/Mme..... Lien avec l'enfant :
- 2- M/Mme..... Lien avec l'enfant :
- 3- M/Mme..... Lien avec l'enfant :
- 4- M/Mme..... Lien avec l'enfant :

AUTORISATIONS (cocher les cases) :

Je soussigné(e) M/Mme responsable de l'enfant

autorise mon enfant à participer à l'intégralité des activités et sorties organisées en Accueil de Loisirs.

autorise M. / Mme
M. / Mme
M. / Mme
M. / Mme
à reprendre mon enfant et dégage la CCSSOM de toute responsabilité.

Documents à joindre au dossier d'inscription :

- **Attestation CAF ou MSA (avec mention du quotient familial)**
- **Photocopies du carnet de santé (vaccins)**

A : Le
Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

Nom:..... Prénom :

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

VACCINATIONS

Merci de fournir la photocopie du carnet de santé ou un certificat attestant la vaccination de votre enfant.

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

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

L'enfant présente-t-il une allergie ? Oui Non

L'enfant bénéficie t'il d'un traitement pour l'asthme ? Oui Non

Si autre, précisez :

.....
.....

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladie, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération chirurgicales) :

..... le / /
..... le / /
..... le / /
..... le / /

RECOMMANDATION DES PARENTS (Champ non obligatoire)

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

Pour tout traitement médical, même ponctuel, merci de joindre systématiquement l'ordonnance.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :..... Prénom :

Adresse :

.....

Tel. Domicile : / / / / Tel. Travail : / ... / / /

N° de S.S :

AUTRE(S) PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

1°) Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tel : / / / /

2°) Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tel : / / / /

3°) Nom : Prénom :

Lien de parenté : Tel : / / / /

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le / /

Signature,