

DOSSIER D'INSCRIPTION

INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Sexe : Fille Garçon

Adresse :

.....

Date et lieu de naissance :

Ecole :

Numéros de téléphone en cas d'urgence : ou

INFORMATIONS MEDICALES

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Votre enfant a-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire ? Non Oui, précisez

.....

Quelle est la conduite à tenir ?

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Non Oui, précisez :

Sans porc Sans viande Autres :

Votre enfant a-t-il une allergie médicamenteuse ? Non Oui, précisez

INFORMATIONS MEDICALES (suite)

Tout autres informations importantes ou recommandations utiles liées à la santé de l'enfant en précisant les dates et les précautions à prendre (ex : port de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation,) :

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

Numéro de sécurité sociale sur lequel est rattaché l'enfant :

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

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

En signant ce dossier :

- vous certifiez l'exactitude des informations renseignées ;
- vous vous engagez à vous rapprocher de la direction pour tout changement de situation ;
- vous certifiez avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur demande ou sur le site internet www.lacazelleauxloisirs.fr)
- vous acceptez que votre enfant participe aux sorties prévues par le centre de loisirs, participe aux activités sportives, soit photographié et que son image puisse être affichée ou publiée dans les documents permettant une diffusion publique, sans limitation de durée, soit hospitalisé en cas d'urgence (sauf un courrier de votre part attestant que vous refusez l'une de ces affirmations) ;

Date et signature :

INFORMATIONS FAMILLE

RESPONSABLE 1

NOM : Prénom :

Qualité : Situation familiale :
(Père/Mère/ ...) *(Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/Célibataire/Union Libre/Pacsé)*

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone professionnel :

Mail : Téléphone mobile :

Autorisation par mail : Oui Non

Profession : Employeur :

Adresse :

Signature

CONJOINT

NOM : Prénom :

Qualité : Situation familiale :
(Père/Mère/ ...) *(Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/Célibataire/Union Libre/Pacsé)*

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Téléphone professionnel :

Mail : Téléphone mobile :

Autorisation par mail : Oui Non

Profession : Employeur :

Adresse :

Signature

RESPONSABLE 2

NOM : Prénom :

Qualité : Situation familiale :
(Père/Mère/...) *(Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/Célibataire/Union Libre/Pacsé)*

Adresse :
.....

Téléphone domicile : Téléphone professionnel :

Mail : Téléphone mobile :

Autorisation par mail : Oui Non

Profession : Employeur :

Adresse :

Signature

CONJOINT

NOM : Prénom :

Qualité : Situation familiale :
(Père/Mère/...) *(Marié/Séparé/Divorcé/Veuf/Concubin/Célibataire/Union Libre/Pacsé)*

Adresse :
.....

Téléphone domicile : Téléphone professionnel :

Mail : Téléphone mobile :

Autorisation par mail : Oui Non

Profession : Employeur :

Adresse :

Signature