

I. ENFANT

Nom : Prénom : Sexe : M F

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Etablissement scolaire : Classe :

II. RESPONSABLES LEGAUX

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom – Prénom		
Adresse		
Téléphone personnel		
Mail		
N° sécurité sociale		
Profession		
Employeur		
Lieu de travail		
Téléphone professionnel		
Lieu CAF		
N° allocataire		
Quotient familial		

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

- Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription, du règlement de fonctionnement et des modalités de fonctionnement du centre et s'engage à le respecter et le faire respecter à son enfant.
- M'engage à régler l'ensemble des frais liés aux présences du participant dans les activités payantes selon les conditions prévues.
- Autorise l'ADSEA 01 à consulter CDAP et en archiver les éléments si besoin.
- Accepte de recevoir par mail les informations liées à l'accueil de loisirs.

III. DOSSIER MEDICAL DE L'ENFANT

Nom-Prénom du Médecin Traitant	Téléphone et adresse

Vaccins obligatoires	DTPOLIO (Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche)	1 ^{ère} injection :			
		2 ^{ème} injection :			
		3 ^{ème} injection :			
		Rappel :			
Vaccins conseillés	BCG	Date :			
	ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)	1 ^{ère} injection :			
		Rappel :			
Maladies L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oreillons

L'enfant a-t-il une allergie ou un PAI ? Non Oui (fournir le PAI avant inscription)

L'enfant a-t-il un régime alimentaire ? Non Sans viande Sans porc Autres :

L'enfant suit-il un traitement ? Non Oui, précisez :

L'enfant a-t-il besoin de soins particuliers ? Non Oui, précisez :

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

IV. AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise le participant à prendre part à toutes les activités proposées par l'accueil de loisirs.
- J'autorise le directeur de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés selon les prescriptions du corps médical.
- J'autorise mon enfant à utiliser les transports de l'ADSEA 01 ou de son prestataire.

Liste des personnes autorisées à venir chercher mon enfant

Nom	Prénom	Téléphone

Documents à fournir pour l'inscription annuelle de votre enfant :

- Photocopies des vaccinations à jour,
- Attestation quotient familial CAF/MSA,
 - Attestation droit à l'image,
- Copie de l'attestation en responsabilité civile pour l'enfant en cours,
- Copie de l'attestation de sécurité sociale.

Fait à, le

Signature précédée de « lu et approuvé »

