LA SAUVEGARDE
A.D.S.E.A. 01

Fiche d'inscription annuelle 2023-2024 : Périscolaire et restaurant scolaire

DEPARTEMENT DE L'AIN
Arrondissement de Bourg-en-Bresse
Canton de St Etienne-du-Bois

MAIRIE DE JASSERON

ENFANT

NOM-Prénom :	
Adresse : …….. ……..	
Date et Lieu de Naissance :	
Etablissement fréquenté :	Classe :
Numéro de téléphone :	Mail :

AUTORITE PARENTALE

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom-Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
e-mail		
Tél fixe domicile		
Tél portable		
N° assuré social		
N° CAF		
Quotient familial		
QF Bons Vacances		
Lieu CAF		
Profession		
Lieu de travail		
Employeur		
Téléphone professionnel		

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal ……

- *Déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription, du règlement intérieur et des modalités de fonctionnement du centre.*
- *M'engage à régler l'ensemble des frais liés aux présences du participant dans les activités payantes selon les conditions prévues.*
- *Autorise M…….. à venir chercher mon enfant en mon absence.*

Jasseron, le …….. *Signature précédée de « lu et approuvé »*

DOSSIER MEDICAL DE L'ENFANT .....

Nom-Prénom du Médecin Traitant	Téléphone et adresse

VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	
DTPOLIO (Diphtérie-Tétanos-Polio)	1ère injection :
	2ème injection :
	3ème injection :
A 6 ans	4ème injection :
	Rappel :
VACCINS CONSEILLES	
BCG	Date :
ROR (Rubéole, Oreillons, Rougeole)	1ère Date :
	Rappel :
HEPATITE B	1ère injection :
	2ème injection :
	3ème injection :
COQUELUCHE	Date :
PREVENAR (pneumocoque)	1ère injection :
	2ème injection :
	3ème injection :
	Rappel :

MALADIE

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

□ RUBÉOLE
□ VARICELLE
□ ANGINE
□ SCARLATINE
□ COQUELUCHE
□ OTITE
□ ROUGEOLE
□ RHUMATISME articulaire aigu
□ OREILLONS

L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ OUI ☐ NON

L'enfant a t-il une allergie ? Si oui, laquelle ? (alimentaire, médicamenteuse, etc...)

……

L'enfant a t-il un régime alimentaire? Si oui, laquelle ?

……

L'enfant suit t-il un traitement ? Si oui, lequel ?

……

L'enfant a-t-il besoin de soins particuliers ? Si oui, lequel ?

……

AUTRES (Votre enfant porte t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... ou autre renseignement important (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation). Précisez :

……..

Autorisations parentales :

- J'autorise le participant à prendre part à toutes les activités proposées par le centre de loisirs.
- J'autorise le Directeur du centre de loisirs à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.

☐ J'autorise le centre de loisirs à photographier mon enfant dans le cadre des activités, et à publier les documents comportant l'image du participant.

Fait à Jasseron, le …….. Signature précédée de la mention « lu et approuvé »