

D'INSCRIPTION

2016-2017

un aux 5 services :

**École surveillée-Restaurant scolaire
Garderie périscolaire-Temps d'Activités Périscolaires
Accueil de loisirs mercredis et vacances**

ENFANT : 1

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

ENFANT : 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

INSCRIPTION :

Ecole publique maternelle Ecole publique élémentaire Ecole St Hughes

Classe : enfant 1:.....enfant 2.....

Nom de l'enseignant : enfant 1enfant 2.....

LES PARENTS :Situation familiale : Marié(e) Vie maritale Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e)

Nom / prénom du père :

Nom / prénom de la mère :

Adresse :

Adresse :

Code postal :

Code postal :

Ville :

Ville :

Tél. domicile :

Tél. Domicile :

Tél. portable :

Tél. Portable :

Tél. travail :

Tél. Travail :

Profession :

Profession :

Courriel :

Courriel :

N° allocataire CAF :

N° allocataire CAF :

N° allocataire MSA :

N° allocataire MSA :

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Les parents sont priés de venir chercher leur(s) enfant(s) ou bien de le(s) faire récupérer par une ou d'autre(s) personne(s), âgé(es) d'au moins 16 ans (pour l'accueil périscolaire), dont le(s) nom(s) est (sont) communiqué(s) au personnel d'encadrement.

Il est impératif que les familles respectent l'horaire défini.

Je soussigné(e)

AUTORISE M ou Mme

Adresse

N° de téléphone

AUTORISE M ou Mme

Adresse

N° de téléphone

AUTORISE M ou Mme

Adresse

N° de téléphone

AUTORISE M ou Mme

Adresse

N° de téléphone

À venir chercher mon(mes) enfant(s) : nom(s) - prénom(s)

.....

- J'accepte que mon enfant soit pris en photo (Dauphiné, bulletin municipal, expo...)
- J'autorise mon enfant à utiliser les transports (car, mini-bus, transports en commun) pour les sorties extérieures
- J'accepte les règlements de fonctionnement de tous les services
- J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les Temps d'Activités Périscolaires (T.A.P.)
- J'autorise mon enfant d'âge élémentaire à rentrer seul après les activités de l'accueil de loisirs (mercredis et vacances scolaires)

Date :

Signature :

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

GARÇON

FILLE

NOM : _____


PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

AGE (à l'inscription) : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM / PRENOM : _____

 : _____

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphthérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétracoq		autre	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI

NON

Si oui, 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).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE
 oui non

VARICELLE
 oui non

ANGINE
 oui non

RHUMATHISME
 oui non

SCARLATINE
 oui non

COQUELUCHE
 oui non

OTITE
 oui non

ROUGEOLE
 oui non

OREILLONS
 oui non

ALLERGIES :

ASTHME
 oui non

ALIMENTAIRE
 oui non

MÉDICAMENTEUSE
 oui non

AUTRES _____

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PRECISEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :

LUNETTES	LENTILLES	PROTHESES AUDITIVES	PROTHESES DENTAIRES	AUTRES
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre enfant a-t-il des problèmes d'incontinence ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre enfant est-elle réglée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres (précisez)	_____	

PRECISEZ LES CONDUITES A TENIR :

MÉDECIN TRAITANT :

NOM : _____ ☎ : _____

COMMUNE : _____

Je soussigné(e), _____, atteste que la santé de mon enfant lui permet de participer aux activités sportives et de plein air organisées par la commune d' Allevard.

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Cette fiche sanitaire est valable jusqu'à fin août 2016.

Fait à Allevard, le _____

Signature