

**FICHE D'INSCRIPTION**

**Accueil de loisirs Périscolaire  
de L'école de Bourg d'Iré Année scolaire 2020 / 2021**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT INSCRIT :**

NOM	Prénom	Date Naissance	Sexe	Classe
			F M	

Adresse : Adresse électronique: Tél. domicile :       Tél. portable :      **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :**

	PÈRE	MÈRE
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. domicile :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tél. portable :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Employeur :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu travail :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. travail :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Etes-vous :	Mariés : <input type="checkbox"/>	Divorcés : <input type="checkbox"/>
	Séparés : <input type="checkbox"/>	Autres : <input type="text"/>

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (confidentiels) :**

N° sécurité sociale :

Caisse Assurance Maladie : Nom :

Adresse :

Régime allocataire : CAF :  MSA :  Fonction Publique :  Autres :

Nom/ Prénom allocataire :

N° allocataire :

Assurance de(s) enfants :  (joindre attestation)

N° contrat :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FACTURATION**

Quotient Familial :     (joindre un justificatif sinon le quotient le plus élevé sera appliqué)

Nom du parent pour la facturation :

Une seule facture mensuelle sera établie au nom de cette personne pour tous les enfants inscrits selon leur temps de présence à l'accueil.  
Possibilité de scinder la facture pour les familles en garde alternée. Dans ce cas, en faire la demande écrite, signée par les deux parents, en précisant les modes de facturation, et remplir une fiche d'inscription pour chacun des parents.

**AUTORISATION DE RENTRER SEUL / PERSONNES AUTORISÉES A RACCOMPAGNER L'ENFANT**

J'autorise mon enfant à rentrer seul : (uniquement pour les enfants âgés de 6 ans révolus) OUI  NON

Sinon, mon enfant doit attendre leur parent ou une des 3 personnes désignées ci-dessous :

Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité (frère, sœur, voisin) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si une autre personne vient chercher l'enfant, il sera exigé un courrier signé de votre part précisant son identité.

Fait à :  Date :       Signature :  tournez svp

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :**

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur  responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des accueils à prendre, le cas échéant toutes mesures ( traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale, etc...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à :  Date :    Signature :

**RENSEIGNEMENTS DIVERS :**

Médecin traitant : Nom :   
Adresse :   
Tél :

Autres personnes que la famille à contacter en cas d'urgence :

Nom :  Tél :       
Nom :  Tél :       
Nom :  Tél :

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

<b>RUBEOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINES</b>	<b>RHUMATISMES ARTICULAIRES</b>	<b>SCARLATINE</b>
<b>OUI / NON</b>	<b>OUI / NON</b>	<b>OUI / NON</b>	<b>OUI / NON</b>	<b>OUI / NON</b>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ASTHME</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>
<b>OUI / NON</b>	<b>OUI / NON</b>	<b>OUI / NON</b>	<b>OUI / NON</b>	<b>OUI / NON</b>

**ALLERGIES :** Alimentaires  Médicamenteuses  Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Joindre photocopie ordonnance médecin) :  
.....  
.....

■ Autres difficultés de santé : (accidents, crises convulsives, opérations...)  
.....  
.....

■ L'enfant suit-il un traitement ? OUI  NON  Si OUI, joindre photocopie de l'ordonnance du médecin

**Régime alimentaire :** Aucun  Sans porc  Sans poisson  Sans œufs  Autres  .....

**SIGNATURE :**

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur  m'engage :

- à respecter le règlement en vigueur de l'accueil de loisirs périscolaire dont une copie m'a été remise.
- à communiquer immédiatement tout changement de situation ou de téléphone.
- à autoriser mon enfant à pratiquer toutes les activités de l'accueil de loisirs périscolaire.

Fait à :  Date :

Signature du représentant légal :