

- Le Clos du Vivier 3- 10 ans
- T-PAKAP 6 - 10 ans
- Le Château Malartic : 6 – 10 ans
- Accueil de Loisirs Ados : 11 – 15 ans
- Le tROCKé : 15 – 25 ans
- L'Espace Barthez

FICHE D'INSCRIPTION
et de
LIAISON SANITAIRE
2017/2018
ACCUEIL DE LOISIRS

MERCI D'ECRIRE EN LETTRES CAPITALES

ENFANT :

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : Féminin Masculin

École : Classe :

Enfant scolarisé hors commune : Oui Non

Je soussigné(e),, autorise les animateurs de l'EPAJG à correspondre
avec mon fils/ma fille, par téléphone, SMS et/ou mail et/ou Facebook Oui Non } Ados

N° Tél portable Mail.....  Oui Non

RESPONSABLES LEGAUX :

MERE

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Quartier de Gradignan :

Tél domicile: Portable :

Travail : Poste n° : Mail :

PERE

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Quartier de Gradignan :

Tél domicile: Portable :

Travail : Poste n° : Mail :

AUTRE (Tuteur – placement)

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Quartier de Gradignan :

Tél domicile: Portable :

Travail : Poste n° : Mail :

N° Allocataire CAF Nombre d'enfants.....

Régime Sécurité Sociale : Régime général Régime MSA
Autre (SNCF, Maritime...) A préciser :

DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e) autorise l'équipe d'animation :

1/ à prendre mon enfant en photo ou film, dans le cadre des animations proposées : **Oui** **Non**

2/ à utiliser ces photos ou films (ex : pour les programmes d'activités, le site internet de la Ville, etc) : **Oui** **Non**

AUTORISATION DE SORTIE :

1/ Je soussigné(e) autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant et décharge l'établissement d'accueil de toute responsabilité.

NB : Toute personne devra justifier de son identité sans quoi l'enfant ne lui sera pas confié.

NOM et Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant

2/ J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité : **Oui** **Non**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES :

1/ Je soussigné(e) autorise l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. Il est à rappeler qu'en cas d'urgence, l'enfant sera pris en charge par les pompiers ou le samu : **Oui** **Non**

2/ Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, des prothèses auditives ou dentaires ... ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

3/ Votre enfant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :
Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :

IMPORTANT : L'enfant fait-t-il l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé ? **Oui** **Non**

Si oui, vous devez impérativement en fournir une copie et prendre contact avec l'équipe de direction de la structure d'accueil concernée.

4/ Vaccination obligatoire :

DT POLIO (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)	Date du dernier rappel :
--	--------------------------------

5/ Votre enfant a-t-il eu des difficultés de santé particulières (Maladies, Crises convulsives, Hospitalisation, etc) ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

6/ A-t-il un traitement au long court ? **Oui** **Non** si oui, précisez :

7/ **Nom – Prénom – n° téléphone médecin traitant :**

8/ Autres recommandations utiles :

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dernier Avis d'imposition | <input type="checkbox"/> N° Allocataire CAF |
| <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile (- de 3 mois) | <input type="checkbox"/> Autres revenus (Clos du Vivier uniquement) |
| <input type="checkbox"/> Photocopie carnet de vaccinations | |

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et déclare avoir pris connaissance des projets éducatifs et pédagogiques de la structure d'accueil concernée (documents disponibles sur site).

Fait le :, Signature (Faire précéder la mention «lu et approuvé») :