

- 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**  
**2018/2019**  
**ACCUEIL DE LOISIRS**

*MERCI D'ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES*

**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

N° Tél portable ..... Mail.....   Oui  Non

}

**Ados  
uniquement**

**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 (Beau-père - belle mère – 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  RSI  Autre  A préciser : .....

Je soussigné(e) .....

autorise l'équipe d'animation de l'EPAJG :

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**

3/ à transporter mon enfant dans un véhicule de l'équipe ou le minibus de l'EPAJG pour se rendre sur les lieux d'activités :  **Oui**  **Non**

4/ 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

5/ 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"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	Précisez : .....
Alimentaires	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	Précisez : .....
Asthme	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	Précisez : .....
Autres	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>	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/ Vaccinations obligatoires :

<b>DT POLIO (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)</b>	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 :

- Attestation de Quotient Familial CAF **ou à défaut** le dernier avis d'imposition N-1
- Justificatif de domicile (- de 3 mois)
- Photocopie vaccinations obligatoires (DT POLIO)

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*»):