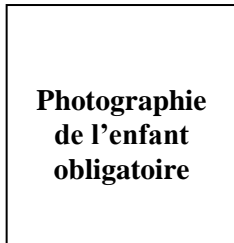




**Accueil de Loisirs de Poligny**  
**Fiche d'inscription 2016/2017**  
 (A remettre au responsable)



ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
 Date de Naissance : .....  Féminin  Masculin

RESPONSABLE DE L'ENFANT  Mère  Père  Autre (préciser) : .....

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Commune : .....  
 Tel.domicile:..... Tel.travail:..... Portable : .....  
 Adresse mail : .....  
 Profession..... Employeur : .....  
 Situation familiale :  Marié  célibataire  vie maritale  Autre (à préciser) : .....  
 Régime dont dépend l'enfant :  CAF  MSA  SNCF  EDF/GDF  
 Adresse de l'organisme: .....  
 N° d'allocataire : ..... Nombre d'enfants à charge dans la famille : .....

AUTRE RESPONSABLE DE L'ENFANT  Mère  Père  Autre (à préciser) : .....

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Commune : .....  
 Tel.Domicile:..... Tel.Travail:..... Portable : .....  
 Profession:..... Employeur : .....  
 Situation familiale :  Marié  célibataire  vie maritale  Autre (préciser) : .....

Personnes autorisées à reprendre l'enfant à l'Accueil de Loisirs :

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

J'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile depuis l'Accueil de Loisirs à partir de ...h....  oui  non

Personnes à prévenir en cas d'accident (si les responsables ne sont pas joignables):

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? Si oui lequel ? .....

Médecin traitant : .....

Adresse:..... : .....

AUTORISATION, DÉCHARGES

- Ayant pris connaissance des modalités de fonctionnement de l'Accueil de Loisirs, je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus,
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par les organisateurs de l'Accueil de Loisirs,
  - Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et sur la fiche sanitaire de liaison,
  - Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures d'ouverture de l'Accueil de Loisirs,
  - Autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
  - Dégage l'organisateur de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (vêtements, bijoux, jeux électroniques, téléphones portables...),
  - Suis informé qu'il est de mon intérêt de souscrire un contrat d'assurance en responsabilité civile,
  - M'engage à signaler à l'organisateur tout changement de situation familiale,
  - Autorise les organisateurs à filmer ou photographier mon enfant lors de ces différentes activités et à diffuser les documents si besoin ⇒ oui  non
  - Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs.

Date : ..... Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

# Poligny

## Fiche sanitaire 2016/2017

### 1 - ENFANT

Nom et prénom : ..... Date de naissance: .....

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

Vaccins obligatoires			Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
	Oui	Non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-	
Poliomyélite				Coqueluche	
				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** régulier durant l'année?

oui  non

Un PAI a-t-il été signé?

oui  non

- **Si oui** joindre, le **PAI en cours**, une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
- **Si non**, prendre contact avec la directrice de l'école ou de l'accueil de loisirs.

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

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**ALLERGIES** : ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** :

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES...PRÉCISEZ :

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

Date :

Signature :