

# FICHE D'INSCRIPTION

## Les farfadets

### Ecole fréquentée

Nom de l'école : .....

Classe : .....

### Modes de déplacement de l'enfant (cochez les cases correspondantes)

**Autorise mon enfant âgé de 11 ans et plus à quitter l'accueil de loisirs (le mercredi et les vacances) à partir de 17h00**  Oui  Non  
(Nous consulter pour les cas particuliers)

**Autorisation de déplacement pour les activités mercredis et vacances :**  
**A pied, en bus, à vélos, véhicules des personnes habilitées (direction)**  Oui  Non

#### **ENFANT :**

NOM : .....

Sexe :  Fille  Garçon

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :** MAIL : .....

NOM:...../..... Prénoms :...../.....

Adresse : .....

CP : ..... VILLE : .....

Mère Portable..... domicile..... Tel professionnel : .....

Père Portable..... domicile..... Tel professionnel : .....

**AUTRE :** MAIL : .....

NOM : ..... Adresse : .....

CP : ..... VILLE : .....

Portable..... Tel domicile..... Tel professionnel : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :** NOM : ..... Tél : .....  
NOM : ..... Tél : .....

**Personnes habilitées à récupérer l'enfant :** .....

### Autorisation des parents ou des responsable légal : (cochez les cases correspondantes)

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs (Mercredis après-midi, vacances scolaire)
- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures de fonctionnement,
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités dans le cadre de l'accueil de Loisirs (*sauf indication particulière à signaler*),
- J'autorise le directeur ou l'équipe pédagogique à filmer ou photographier mon enfant
- Je certifie que mon enfant sait nager (pour l'accueil de Loisirs) fournir copie du diplôme**  
 **Test d'aisance aquatique**

*Tournez s'il vous plait*

# FICHE SANITAIRE

**VACCINATIONS :** (joindre photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication*  
**ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### **ALLERGIES :**

Asthme :  oui  non Médicamenteuses :  oui  non  
Alimentaires :  oui  non Autres : .....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....  
.....  
Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation),  
en précisant les dates et les précautions à prendre :

### **RECOMMANDATIONS UTILES :**

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...  
Préciser :

### **REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :**

**MEDECIN TRAITANT :** NOM : ..... Téléphone : .....

## Pièces à fournir obligatoirement :

- Attestation d'assurance responsabilité civile ou extrascolaire de l'enfant
- Photocopie de l'état des vaccinations de l'enfant (carnet de vaccinations)
- Photocopie de la dernière feuille d'imposition avec l'indication du montant imposable brut ou attestation indiquant le Quotient Familial (QF) CAF (que pour les enfants du péricolaires ainsi que de l'accueil de Loisirs)

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Fait à ..... Le .....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)