



**FICHE D'INSCRIPTION  
ACCUEIL DE LOISIRS  
Année scolaire 2014-2015**

Commune de : \_\_\_\_\_

- Péri-scolaire matin    Péri-scolaire soir    Accueil récréatif Agglo (nouveaux rythmes scolaires)    Mercredi    Vacances

**RENSEIGNEMENTS FAMILLE, RESPONSABLE LEGAL**

**Responsable légal de l'enfant : Père, Mère - Tuteur, Tutrice (préciser)**

Père Nom Prénom : \_\_\_\_\_ Mère Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_ @ : \_\_\_\_\_

Père : ☎ Professionnel : \_\_\_\_\_

Mère : ☎ Professionnel : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale dont dépend l'enfant : \_\_\_\_\_

Assurance responsabilité civile N° : \_\_\_\_\_ Nom assureur : \_\_\_\_\_

Adresse assureur : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS ENFANT**

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F  Classe 2014-2015 : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, s'il n'est pas possible de joindre le responsable de l'enfant, prévenir :

NOM : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_ 📱 : \_\_\_\_\_

Déclaration : Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus,

Autorise l'enfant à rentrer seul chez lui, décharge l'organisateur et l'encadrement de toutes responsabilités.

N'autorise pas l'enfant à rentrer seul chez lui mais autorise les personnes suivantes à venir le chercher (préciser si lien de parenté) :

Autorise l'Agglo du Pays de Dreux à utiliser les photos ou films de l'enfant pris lors des activités.

M'engage à rembourser les dépenses engagées pour le transport ou le traitement en cas de maladie ou d'accident.

**RENSEIGNEMENTS SANTÉ**

**1 – VACCINATIONS**

Merci de fournir une photocopie du carnet de vaccination.

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

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

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

RUBÉOLE 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 AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE 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"/>	

## ALLERGIES

ASTHME                            oui  non   
ALIMENTAIRES                oui  non

MEDICAMENTEUSES        oui  non   
AUTRES \_\_\_\_\_

## PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

---

---

---

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours    oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

---

---

---

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

---

---

---

## 3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

---

---

---

Médecin traitant \_\_\_\_\_ n° de téléphone : \_\_\_\_\_

***Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.***

Date :

Signature :

## L'INSCRIPTION A L'ACCUEIL RECREATIF AGGLO

- INSCRIPTION POUR L'ANNEE SCOLAIRE
- NE VAUT PAS INSCRIPTION AU PERISCOLAIRE
- POUR TOUT DEPASSEMENT D'HORAIRE SUR L'ACCUEIL RECREATIF, FACTURATION SELON LES TARIFS PERISCOLAIRES

- RETOUR DU DOCUMENT AU PLUS TARD LE VENDREDI 11 JUILLET 2014 AUPRES DU DIRECTEUR PERISCOLAIRE