

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
 Taille : _____ Poids : _____
 Classe à la rentrée : _____

Date de naissance : _____ Fille Garçon
 Licencié dans un club sportif oui non
 Si oui lequel : _____

ÉCOLE :

Ecole Fernand Vadis Ecole St Vincent de Paul
 Collège Lycée Précisez : _____

Maternelle Primaire
 Autres, précisez : _____

Mon enfant prend le car scolaire (matin et/ou soir)

ÉTABLISSEMENTS FRÉQUENTÉS :

Merci de fournir une attestation de responsabilité civile ou extrascolaire

Restaurant scolaire
 TAP
 Accueil périscolaire

ALSH les Bizeuls (3-14 ans)
 Cocktail sports (8-13 ans)
 ALSH les Châtelets (11-17 ans)

RESPONSABLE (1) DE L'ENFANT

Père Mère Famille d'accueil Organisme

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 CP : _____ Ville : _____

FACTURATION à l'adresse ci-dessus :

Toutes les semaines
 Les semaines paires Les semaines impaires

Autre adresse de facturation :

Précisez : _____
 _____ Ville : _____

Tél. portable : _____
 Tél. pro : _____
 Email : _____
 N° de sécurité sociale : _____
 CAF / MSA N° : _____ QF : _____

RESPONSABLE (2) DE L'ENFANT

Père Mère Famille d'accueil Organisme

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 CP : _____ Ville : _____

FACTURATION à l'adresse ci-dessus :

Toutes les semaines
 Les semaines paires Les semaines impaires

Autre adresse de facturation :

Précisez : _____
 _____ Ville : _____

Tél. portable : _____
 Tél. pro : _____
 Email : _____
 N° de sécurité sociale : _____
 CAF / MSA N° : _____ QF : _____

PERSONNES À CONTACTER ET AUTORISÉES À RÉCUPÉRER MES ENFANTS

	Téléphone	Appeler en cas d'urgence	À récupérer mes enfants
Nom prénom : _____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nom prénom : _____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nom prénom : _____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nom prénom : _____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____ Ville : _____ Tél. : _____

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

Asthme, malaise, allergie, régime alimentaire, traitement médical, trouble comportemental, parent décédé...

Précisez : _____

- PAI : Projet d'accueil individualisé (joindre une copie)
 Mon enfant est reconnu handicapé (AEEH ou PAI lié au handicap)

MALADIES CONTRACTÉES

Rubéole	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Varicelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Angine	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Scarlatine	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rhumatisme	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Coqueluche	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Otite	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Rougeole	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Oreillons	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

VACCINS

	Date		Date		Date
Diphtérie tétanos poliomyéélite (DTP)		Rougeole oreillons rubéole (ROR)		B.C.G	
Coqueluche		Méningocoque C		HPV	
Haemophilus influenzae b		Hépatite B		Méningocoque B	
Pneumocoque		Autres, précisez :			

AUTRES ENFANTS DE LA FAMILLE

	Date de naissance	Classe
Nom prénom : _____	_____	_____
Nom prénom : _____	_____	_____
Nom prénom : _____	_____	_____

AUTORISATION DE SORTIE (PRIMAIRE), j'autorise mon enfant à sortir seul :

- Après les cours le mercredi midi
 Après les TAP tous les jours ou seulement les lundis les mardis les jeudis les vendredis
 Après le cocktail sports
 Après l'accueil de loisirs les Bizeuls (Après 17h00)
 Après l'accueil de loisirs les Châtelets
- Non
 Non
 Non
 Non
 Non

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités et sorties de l'ALSH et autorise les organisateurs à transporter mon enfant lors des activités programmées ou de manière spontanée.

En cas de nécessité, j'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

A l'occasion d'activités diverses, votre enfant va être photographié ou filmé :

J'autorise la publication sur le site internet de la ville, dans la presse, sur les réseaux sociaux des différents services, publications diverses non

RÈGLEMENTS DES SERVICES

L'inscription de votre enfant aux différents services périscolaires et extrascolaires vaut acceptation du règlement global des services Restauration scolaire, Accueil périscolaire (matin et soir), TAP, ALSH les Bizeuls et les Châtelets ainsi que le Cocktail sports

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant _____, déclare exact les informations portées sur cette fiche et m'engage à prévenir le service Education Jeunesse et Sport pour toutes modifications (adresse, téléphone, QF...)

Signature(s) des parents/responsable légal :

Date :

Service Education Jeunesse et Sport

Email : education.jeunesse.sport@ville-erne.fr Tél. 02 43 05 26 34

OAP OCC OCD OSS OYL OLT