

CARTE D'INSCRIPTION AUX CENTRES DE LOISIRS ÉLÉMENTAIRES SEPTEMBRE 2020 - AOÛT 2021

L'ENFANT	
Nom de l'enfant Prénom	
Date de naissance Lieu de naissance	
Adresse	
Ecole fréquentée Classe	
PARENT(S) ou PERSONNE(S) LEGALEMENT RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT	
Nom Prénom	
Adresse (si différente de celle de l'enfant)	
Téléphone du domicile Téléphone portable	
Téléphone du travail Adresse mail @	
Nom Prénom	
Adresse (si différente de celle de l'enfant)	
Téléphone du domicile Téléphone portable	
Téléphone du travail Adresse mail @	
SITUATION DE FAMILLE	
<input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Parents divorcés, séparés <input type="checkbox"/> Autre	
Nombre d'enfant(s) Pour toute situation particulière, joindre la photocopie du document officiel	
PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT	
Nom / prénom	Qualité Téléphone
Nom / prénom	Qualité Téléphone
Nom / prénom	Qualité Téléphone
Nom / prénom	Qualité Téléphone
AUTORISATIONS	
- Autorise Aubervacances-Loisirs à prendre, le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention, etc.).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise l'envoi de facture(s) dématérialisée(s) par Aubervacances-Loisirs et le Service municipal de l'Enseignement sur la boîte mail mentionnée ci-dessus.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise mon enfant à participer aux activités spécifiques suivantes :	
Sports nautiques / natation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Activités "pleines natures" <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sports collectifs / d'opposition <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Escalade / Accro-branche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cyclisme / vélo <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rollers / Patinoire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Équitation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Karting / Manèges <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise mon enfant à quitter seul l'équipement.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Autorise Aubervacances-Loisirs, dans le cadre des activités proposées et dans les conditions du strict respect du droit à l'image, la reproduction et la diffusion à but non commercial de photographies de mon enfant (blogs, sites de la ville et d'Aubervacances-Loisirs, journaux, réseaux sociaux, etc.).	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur précisant les modalités générales de fonctionnement des maisons de l'enfance.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DATE ET SIGNATURE PARENT(S) ou PERSONNE(S) LEGALEMENT RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT (Précédée de la mention "Lu et approuvé")	

FICHE SANITAIRE A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Veillez vous munir du carnet de santé de l'enfant lors de la visite chez le médecin

SEPTEMBRE 2020 - AOÛT 2021

NOM		PRENOM				
Date de naissance	Poids	Sexe				
VACCINS	A jour du DT Polio	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
ALLERGIES		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Si oui, lesquelles						
MALADIE	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Scarlatine
CONTRE INDICATIONS MEDICALES						
Médicaments .						
Vaccins - Sérum						
TRAITEMENT PARTICULIER / P.A.I				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
(Joindre l'originale de l'ordonnance)						
ALIMENTATION OU REGIME PARTICULIER				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, lequel (si raison médicale, joindre le P.A.I.).....						
L'ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, lequel						
L'ENFANT EST-IL DÉCLARÉ EN M.D.P.H. ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'ÊTRE ACCOMPAGNÉ PAR UNE A.V.P. ?						
(Auxiliaire de vie périscolaire / extrascolaire)						
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
PORT D'UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes...)				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, lequel						
OPERATIONS				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si oui, lesquelles						
L'ENFANT EST-IL APTE A LA PRATIQUE SPORTIVE ?				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
Si non, préciser						
<u>L'enfant est-il</u>	Hémophile	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Énurétique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Épileptique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Asthmatique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Diabétique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

OBSERVATIONS PARTICULIERES CONCERNANT L'ENFANT

.....

.....

.....

.....

DATE

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN