

DOSSIERS D'INSCRIPTION ANNÉE 2024/2025



PÉRISCOLAIRE (MATIN/SOIR)

CENTRE DE LOISIRS : (MERCREDI /PETITES VACANCES ET ÉTÉ)



ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

ENFANT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Taille :

Pointure :

Adresse :

RESPONSABLE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse mail :

Téléphone fixe :

Portable :

Bureau :

INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE (« garderie »)

Régulier Occasionnel Matin Soir

INSCRIPTION AU CENTRE DE LOISIRS DU MERCREDI :

Oui Occasionnel Non

INSCRIPTION restaurant scolaire :

Régulier Occasionnel ne mange pas à la cantine

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL

IMPORTANT : Votre régime d'appartenance nous permet de faire la facturation. Il est donc obligatoire pour toute inscription.

NUMÉRO D'ALLOCATAIRE :

.....

Régime :

C.A.F

Attestation CAF/MSA à nous fournir obligatoirement

M.S.A

Si nous n'avons pas votre numéro d'allocataire nous serons dans l'obligation de vous facturer au tarif le plus élevé

Votre profession :

Père :

Mère :

Merci de votre compréhension.

FICHE SANITAIRE 2024/2025

1/ ENFANT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : garçon fille

Groupe sanguin :

Nom du médecin traitant :

Tel :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires,

joindre un certificat médical de contre-indication.



Votre enfant bénéficie de l'AEEH :

Oui Non

PHOTOCOPIE DE LA PAGE VACCINATION DU CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT

2/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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

| | | | | | | | |
|--|--------------|-----|-----|----------------|-----|-----|---|
| L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? | RUBEOLE | OUI | NON | ROUGEOLE | OUI | NON | <i>cocher les cases correspondantes</i> |
| | VARICELLE | OUI | NON | OREILLONS | OUI | NON | |
| | ANGINE | OUI | NON | SCARLATINE | OUI | NON | |
| | COQUELUCHE | OUI | NON | RHUMATISME | OUI | NON | |
| | OTITE | OUI | NON | ARTICULAIRE | | | |
| ALLERGIES | ASTHME | OUI | NON | MEDICAMENTEUSE | OUI | NON | |
| | ALIMENTAIRES | OUI | NON | Autres : | | | |

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si auto-médication, le signaler) :

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

3/ RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE :

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

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénom

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence : Autre téléphone :

Assurance : extra-scolaire Compagnie : N°:

Responsabilité civile Compagnie : N°:

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche, et, autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

ACTIVITES PERISCOLAIRE
ANNEE SCOLAIRE 2024/2025



ENFANT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Classe :

Adresse :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur

domicilié(e) à

autorise mon fils (ou ma fille)

à se faire photographier dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs périscolaire et extrascolaire organisée par la Municipalité d'Aigurande.

Les utilisations et publications numériques ou papiers qui peuvent en être faites, ne pourront porter atteinte à sa vie privée conformément à la loi en vigueur.

A

Le

Signature du responsable légal

DOCUMENT DE DECHARGE



AUTORISATION MEDICALE (2024/2025)

Je soussigné Monsieur ou Madame Autorise les responsables du service animation de la mairie d'Aigurande à présenter mon enfant à un médecin en cas d'urgence.

Nom et prénom de l'enfant :

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels. Si cela est possible je souhaite la consultation du docteur :

..... Tél :

Ou l'hospitalisation à :

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à partir seul des temps d'activités organisés par le service animation de la mairie d'Aigurande.

J'autorise mon enfant à partir des temps d'activités organisés par le service animation de la mairie d'Aigurande accompagné de :

.....

.....

.....

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités sportives organisés par le service animation.

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités de baignades organisées par le service animation.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : tél :

NOM : tél :

NOM : tél :

Fait le : à

Signature du responsable légal