



**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**PERI-SCOLAIRE / CENTRE DE LOISIRS / ACCUEIL JEUNES**

Périscolaire

3-12ANS Centre de loisirs

Mercredi

13-17ANS Accueil jeunes

Ecole: \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_

ENFANT: Nom \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel 1: \_\_\_\_\_ Tel 2: \_\_\_\_\_

Date naissance: \_\_\_\_\_

**Resonsable légal 1**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

ADRESSE: (si différente de celle de l'enfant) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel 1: \_\_\_\_\_ Tel 2: \_\_\_\_\_

(si différent de celui de l'enfant)

Courriel: \_\_\_\_\_

N°CAF: \_\_\_\_\_ QF: \_\_\_\_\_

En activité  En recherche d'emploi  Au foyer

**Resonsable légal 2**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

ADRESSE: (si différente de celle de l'enfant) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel 1: \_\_\_\_\_ Tel 2: \_\_\_\_\_

(si différent de celui de l'enfant)

Courriel: \_\_\_\_\_

N°CAF: \_\_\_\_\_ QF: \_\_\_\_\_

En activité  En recherche d'emploi  Au foyer

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**VACCINATIONS** (remplir le tableau ou fournir copie des vaccins).

Vaccins Obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui	Dates
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				ROR		
Poliomyélite				Coqueluche		
Ou DT polio				Autres (préciser)		
Ou Tétracoq						
BCG						

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 MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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)

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

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

	oui	non		oui	non
Rubéole			Otite		
Coqueluche			Angine		
Varicelle			Rougeole		

	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu		
Oreillons		
Scarlatine		

ALLERGIES	oui	non	Autres allergies
Asthme			
Alimentaires			
Médicamenteuses			

## DECHARGE DE RESPONSABILITE

j'autorise mon enfant à rentrer seul au domicile.

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul.

(Cocher la case souhaitée)

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant :

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

(Cocher la case souhaitée)

J' autorise la prise de vue de mon enfant lors des activités organisées par l'accueil collectif de mineurs et toute publication de son image sur différents supports (photos, vidéos, presse locale ou nationale, journal de l'intercommunalité, journeaux des communes, blogs et site internet).

Je n'autorise pas la prise de vue.

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise les responsables de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

En cas d'urgence, le responsable de l'accueil s'engage à prévenir ses parents (ou responsables légaux).

Fait à : .....

Le : .....

Signature du/des responsables de l'enfant :

## PIECES A FOURNIR

Dossier d'inscription complété et signé

Périscolaire/Centre de loisirs/Accueil Jeunes

- Attestation d'assurance individuelle en responsabilité civile de l'enfant
- Copie du carnet de santé (vaccinations)
- Une copie ou extrait de la décision de justice en cas de divorce ou séparation.
- Attestation CAF ou MSA avec Quotient Familial ,si bénéficiaires
- Si pas bénéficiaires : Avis imposition année (N-2)
- Récépissé du règlement intérieur signé

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON (suite)

### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

(si automédication le signaler) :

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

centre de loisirs et mercredis

[stacylebomin@gatinais-bourgogne.fr](mailto:stacylebomin@gatinais-bourgogne.fr) 03,86,97,42,22

periscolaire

[charlinedepesme@gatinais-bourgogne.fr](mailto:charlinedepesme@gatinais-bourgogne.fr) 03,86,97,42,20

accueil jeunes

[anaiguyard@gatinais-bourgogne.fr](mailto:anaiguyard@gatinais-bourgogne.fr)

secretariat du service

[helenecasado@gatinais-bourgogne.fr](mailto:helenecasado@gatinais-bourgogne.fr) 03,86,97,53,42

[www.gatinais-bourgogne.fr](http://www.gatinais-bourgogne.fr)

vivre au quotidien, enfance jeunesse

