

# CARTE D'INSCRIPTION AUX CENTRES DE LOISIRS ÉLÉMENTAIRES SEPTEMBRE 2019 - AOÛT 2020

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 2019 - AOÛT 2020**

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