

**FICHE D'INSCRIPTION à remplir entièrement et à signer****EAL PRIMAIRE : été 2018****JUILLET :**S1 ☐ du 9 au 13 juilletOU ☐ sem 4j sans le mercrediS2 ☐ du 16 au 20 juilletOU ☐ sem 4j sans le mercrediS3 ☐ du 23 au 27 juilletOU ☐ sem 4j sans le mercrediS4 ☐ du 30 juillet au 3 aoûtOU ☐ sem 4j sans le mercredi**AOUT :**S5 ☐ du 6 au 10 aoûtOU ☐ sem 4j sans le mercrediS6 ☐ du 13 au 17 août

le centre sera fermé le mercredi 15 août

S7 ☐ du 20 au 24 aoûtOU ☐ sem 4j sans le mercredi**Attention le centre sera fermé du 27 au 31 août***Inscription Accueil échelonné (périscolaire) : ☐ matin ☐ soir**Tranche d'âge : Maternelle ☐ Elémentaire ☐***ENFANT :**

Age :

Ecole :

Classe :

Né(e) le : lieu..... sexe M / F *

Régime particulier – PAI : (sans porc, sans gluten, allergie, asthme...) :

L'enfant réside-t-il avec le père ou / et la mère durant les vacances ?

FAMILLE*Père ou Beau-père.....**ADRESSE PERSONNELLE.....**TEL. TRAVAIL..... TEL. PERSONNELLE.....**E-mail :**Mère ou Belle-mère.....**ADRESSE PERSONNELLE.....**TEL. TRAVAIL..... TEL. PERSONNELLE.....**E-mail :***N° C.A.F** ou autre : **N°S.Sociale****PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECHERCHER L'ENFANT avec une pièce d'identité***Nom..... N° tel..... LIEN de Parenté**Nom..... N° tel..... LIEN de Parenté*

J' AUTORISE- N'AUTORISE PAS le responsable de l'EAL à prendre et exposer les photos prises pendant les séjours

J' AUTORISE- N'AUTORISE PAS le responsable de l'EAL à faire hospitaliser mon enfant en cas d'accident

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur ☐Je certifie que toutes les informations médicales concernant mon enfant sont exactes ☐**DATE :****SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :**



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

1 – VACCINATIONS

Merci de joindre la photocopie des vaccins à jour

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?
☐ Oui
☐ Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine, avec la notice et marqués au nom de l'enfant)

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

- L'enfant a-t-il une allergie ?
☐ Médicamenteuse : si oui, précisez laquelle :
☐ Alimentaire : si oui, précisez laquelle :
☐ Asthme : si oui, précisez :
☐ Autre : si oui précisez :

En cas d'intolérance alimentaire, d'allergie et/ou de pathologie chronique, merci de faire dument remplir par votre médecin le document PAI de notre service et de nous le retourner signé.

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

- L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) ? Merci de préciser les dates et précautions à prendre :

.....
.....
.....

- Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

3 – RECOMMANDATIONS

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, prothèses auditives, prothèse dentaire, ...

.....

4 – RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

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

Date :

Signature et mention « lu et approuvé » :

