



FICHE D'INSCRIPTION à remplir entièrement et à signer

EAL PRIMAIRE : été 2018

JUILLET :

- S1 du 9 au 13 juillet OU sem 4j sans le mercredi
- S2 du 16 au 20 juillet OU sem 4j sans le mercredi
- S3 du 23 au 27 juillet OU sem 4j sans le mercredi
- S4 du 30 juillet au 3 août OU sem 4j sans le mercredi

AOUT :

- S5 du 6 au 10 août OU sem 4j sans le mercredi
- S6 du 13 au 17 août *le centre sera fermé le mercredi 15 août*
- S7 du 20 au 24 août OU 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 PERSO.....

TEL. TRAVAIL..... TEL. PERSO.

E-mail :

Mère ou Belle-mère.....

ADRESSE PERSO.....

TEL. TRAVAIL..... TEL. PERSO.

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"/> 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 » :

