

**FICHE D'INSCRIPTIONS : EAL P****de la petite section au CM2**

(à remplir entièrement et à signer)

**TOUSSAINT 2021**

ATTENTION : ACCUEIL FERMÉ LE 1/11

**S1 du 25 au 29 octobre**  
 ou  Semaine de 4 jours (sans mercredi)

**S2 du 2 au 5 novembre**  
 ou  Semaine de 3 jours (sans mercredi)

*Inscription Accueil échelonné (périscolaire) :*  matin de 7h45 à 8h45  soir de 17h à 18h15

**HIVER 2022**

**S1 du 7 au 11 février**  
 ou  Semaine de 4 jours (sans mercredi)

**S2 du 14 au 18 février**  
 ou  Semaine de 4 jours (sans mercredi)

*Inscription Accueil échelonné (périscolaire) :*  matin de 7h45 à 8h45  soir de 17h à 18h15

**PAQUES 2022**

ATTENTION : ACCUEIL FERMÉ LE 18/4

**S1 du 11 au 15 avril**  
 ou  Semaine de 4 jours (sans mercredi)

**S2 du 19 au 22 avril**  
 ou  Semaine de 3 jours (sans mercredi)

*Inscription Accueil échelonné (périscolaire) :*  matin de 7h45 à 8h45  soir de 17h à 18h15

**ÉTÉ 2022****JUILLET :**

S1 <input type="checkbox"/> du 7 au 8 juillet	OU <input type="checkbox"/> sem 3j sans le mercredi - ACCUEIL FERMÉ LE 14/7
S2 <input type="checkbox"/> du 11 au 15 juillet	OU <input type="checkbox"/> sem 4j sans le mercredi
S3 <input type="checkbox"/> du 18 au 22 juillet	OU <input type="checkbox"/> sem 4j sans le mercredi
S4 <input type="checkbox"/> du 25 au 29 juillet	

**AOUT :**

S5 <input type="checkbox"/> du 1 au 5 août	OU <input type="checkbox"/> sem 4j sans le mercredi
S6 <input type="checkbox"/> du 8 au 12 août	OU <input type="checkbox"/> sem 4j sans le mercredi
S7 <input type="checkbox"/> du 16 au 19 août	OU <input type="checkbox"/> sem 3j sans le mercredi - ACCUEIL FERMÉ LE 15/8
S8 <input type="checkbox"/> du 22 au 23 août	

*Inscription Accueil échelonné (périscolaire) :*  matin de 7h45 à 8h45  soir de 17h à 18h15

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT.....

Ecole : ..... Classe : ..... Age : .....

Né(e) le : ..... à ..... Sexe M / F

**Prise en charge particulière :** à préciser également sur fiche sanitaire au verso

PAI (allergie, asthme, ...) : .....  
 Reconnaissance MDPH : .....

Régime sans porc

L'enfant réside avec :

ses 2 parents  son père  sa mère  les 2, en garde alternée

## 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 MSA :..... N° S.Sociale .....

## ADULTES AUTORISÉS A VENIR RECHERCHER L'ENFANT avec une pièce d'identité

*Nom*.....*N° tel*.....*LIEN de Parenté* .....

*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 LÉGAL : séjour de Toussaint**

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour d'hiver**

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour de Pâques**

**DATE :**

**SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour d'été**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : .....

## **1 - VACCINATIONS**

Date du dernier rappel DTPolio : .....

**Merci de joindre la photocopie des vaccins à jour**

## **2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

- 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 marquée 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							

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

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 :

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

## **3 - ALLERGIES ET PAI**

- 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 :

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

#### **4 - PRISE EN CHARGE MDPH**

Merci de préciser pour quelle raison votre enfant est pris en charge par la MDPH :

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

#### **5 - RESPONSABLE LÉGAL 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 DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour de Toussaint***

**DATE :**

***SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour d'hiver***

**DATE :**

***SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour de Pâques***

**DATE :**

***SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL : séjour d'été***