



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 ☐ du 7 au 8 juillet

S2 ☐ du 11 au 15 juillet

S3 ☐ du 18 au 22 juillet

S4 ☐ du 25 au 29 juillet

OU ☐ sem 3j sans le mercredi - ACCUEIL FERMÉ LE 14/7

OU ☐ sem 4j sans le mercredi

OU ☐ sem 4j sans le mercredi

AOÛT :

S5 ☐ du 1 au 5 août

S6 ☐ du 8 au 12 août

S7 ☐ du 16 au 19 août

S8 ☐ du 22 au 23 août

OU ☐ sem 4j sans le mercredi

OU ☐ sem 4j sans le mercredi

OU ☐ sem 3j sans le mercredi - ACCUEIL FERMÉ LE 15/8

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° telLIEN de Parenté

Nom.....N° telLIEN 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"/> 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

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**