



## 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 11 au 15 juillet

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

S2  du 18 au 22 juillet

OU  sem 4j sans le mercredi

S3  du 25 au 29 juillet

OU  sem 4j sans le mercredi

##### AOÛT :

S4  du 1 au 5 août

OU  sem 4j sans le mercredi

S5  du 8 au 12 août

OU  sem 4j sans le mercredi

S6  du 16 au 19 août

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

S7  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"/> 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*