ACCUEIL PERISCOLAIRE & NAP
MAY EN MULTIEN

Dossier d'inscription
2017/2018

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom:

Sexe:

Date de naissance:

Classe:

DOSSIER A RENDRE AVANT LE ***6 JUILLET 2017***

leo lagrange
FEDERATION

Autorisation parentale pour la publication de photographie

Périscolaire & NAP de May en Multien.

Je soussigné .....
Responsable légal de l'enfant .....

Donne l'autorisation de prendre en photo et de diffuser les photographies sur lesquelles figure mon enfant, pour les usages suivant :

☐ Exposition photo au sein de l'accueil ou de la mairie

☐ Diffusion des photos d'une activité à l'ensemble des familles

☐ Publication éventuelle à des fins de communication dans le cadre de l'accueil de loisirs (plaquette d'information, petit journal de May ...), ou par la presse.

Aucune utilisation commerciale ne pourra être faite de ces photos.

Cette autorisation donnée a titre gracieux, est valable à compter de la date de signature de ce document.

Date : Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

leo lagrange
FEDERATION

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Année 2017/2018

Je soussigné Mr ou Mme.....
Responsable légal de l'enfant.....

Autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à l'accueil de loisirs de May en Multien.

-

-

-

-

-

☐ J'autorise mon enfant ..... à partir seul de l'accueil de ce fait je décharge l'équipe d'animation de la responsabilité de mon enfant (enfant a partir de 7 ans)

Sachez que vous devez signer cette décharge pour toutes les personnes n'ayant pas la responsabilité légale de l'enfant, y compris les frères, sœurs, beau parents ... etc.

Nous demanderons à la personne en charge de récupérer l'enfant de bien vouloir nous présenter une pièce d'identité.

Pour des raisons de sécurité votre enfant ne sera confié à aucune personne ne figurant pas sur cette décharge.

Merci de votre compréhension

Date : Signature :

leo lagrange
FEDERATION

Je soussigné Mr et Mme .....
Avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire & NAP de May en Multien se situant sur le portail 3Douest et m'engage à le respecter.

Date :

Signature avec mentions « lu et approuvé »

Fiche sanitaire de liaison

NOM : Prénom :
Groupe sanguin:
Date de naissance : Sexe :
Numéro de sécurité social :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour et/ou l'accueil de votre enfant.
Merci de la remplir attentivement.

1 Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit il un traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant, avec la notice)
RAPPEL : Aucun médicament ne sera administré à votre enfant sans ordonnance.

Votre enfant est il asthmatique ? ☐ oui ☐ non

Si oui, a-t-il un traitement d'urgence, en cas de crise ? ☐ oui ☐ non

Si oui, merci de le confier à la direction, accompagné d'un certificat médical datant de moins d'un an.

Votre enfant est-il allergique ? ☐ oui ☐ non

Si oui, subit-il une allergie : ☐ alimentaire ☐ médicamenteuse ☐ autre (préciser)

Pour toute allergie alimentaire, un certificat médical est obligatoire
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

Votre enfant a-t-il déjà eu :

RUBEOLE	VARICELLE	SCARLATINE
☐ OUI	☐ OUI	☐ OUI
☐ NON	☐ NON	☐ NON
COQUELUCHE	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**
☐ OUI	☐ OUI	☐ OUI
☐ NON	☐ NON	☐ NON

Un PAI (Protocole d'accueil individualisé) a-t-il été signé ? ☐ oui ☐ non

Si oui, il doit **impérativement** être joint à cette fiche sanitaire.
Merci de préciser la dernière date de signature : .....

Si votre enfant a des difficultés de santé (maladie, accident, opération...) merci de l'indiquer.

Préciser la date et les précautions à prendre.

.....

.....

Remarque : N'hésitez pas à joindre la direction au 03 44 50 10 56.

2 Recommandations utiles des parents

Mon enfant suit un régime alimentaire :.....

.....

Mon enfant porte des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires etc.....
Merci de préciser:.....

3 Responsables légaux de l'enfant

PERE	MERE
Nom : Prénom : Adresse : Profession : Téléphone fixe : Portable : Bureau : Adresse email :	Nom : Prénom : Adresse : Profession : Téléphone fixe : Portable : Bureau : Adresse email :

Autres personnes à prévenir en cas d'accident ou de maladie (nom /prénom /téléphone)

4 Assurance responsabilité civile

Bénéficiez vous de la CMU : ☐ oui ☐ non

Si oui merci de joindre l'attestation.
Nom de la compagnie d'assurance :
Numéro de contrat :
Etes vous allocataire de la CAF ou MSA ? : lequel?
N° Allocataire **(obligatoire)**:

➡ Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient.

Date : Signature :

leo lagrange
FEDERATION

PIECES A FOURNIR	(réservé à la direction) ↓
Dossier complet signé	
Avis d'imposition 2017 (sur le revenu 2016) (à donner en septembre)	
Photocopie des vaccins (à jour)	
Assurance scolaire	
Assurance civile	