



1. ENFANT

NOM : Garçon
 Prénom : Fille Classe :
 Né(e) le :

2. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel
Diphtérie, tétanos, Poliomyélite		Méningocoque C	
Coqueluche		Rougeole Oreillons Rubéole	
Haemophilus influenzae B			
Hépatite B			
Pneumocoque			

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITES	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/>								
OUI <input type="checkbox"/>								

L'ENFANT EST-IL CONCERNE PAR UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? NON OUI

Si oui, merci de nous fournir une copie ainsi que le traitement nécessaire (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*).

ALLERGIES : ASTHMES OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON Autres

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVE, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

En cas de traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (facultatif)

- Recommandations des parents (port de lunettes, prothèses auditives, appareils dentaires, etc.)
- Repas Sans Porc OUI NON
- Repas PAI (repas apporté par les familles en cas d'allergies alimentaires soumis au projet d'accueil individualisé) OUI NON

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom des responsables légaux de l'enfant :

Portable père : Portable mère :

Travail père : Travail mère :

Appeler en priorité : Père Mère Précisions :

E-mail père : @ E-mail mère : @

Adresse : Code postal : Commune : fixe :

Adresse conjoint (si différente) : Code postal : Commune : fixe :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT 

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

a) **AUTORISATIONS (personnes habilitées à prendre en charge l'enfant en dehors des parents dans l'ordre de priorité d'appel)**

Nom Prénom :  : Lien avec l'enfant :
Nom Prénom :  : Lien avec l'enfant :
Nom Prénom :  : Lien avec l'enfant :
Nom Prénom :  : Lien avec l'enfant :
Nom Prénom :  : Lien avec l'enfant :
Nom Prénom :  : Lien avec l'enfant :

b) **AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGES (cocher la case)**

Autorise la mairie à utiliser, sur ses supports de communication (site internet commune et Alsh), « journal de Coupvray », affiches...), les photos et films qui pourraient être pris dans le cadre des activités du service (accueil de loisirs, du temps de pause méridienne, des temps d'accueil périscolaires) et qui feraient apparaître mon enfant.
Cf règlement intérieur

c) **REGLEMENTS INTERIEURS (cocher les cases)**

Certifie avoir lu et accepté le règlement intérieur des services communaux (Alsh, Accueils périscolaires et règlements intérieurs pour l'année scolaire en cours).

d) **ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE**

Déclare avoir souscrit à une assurance pour les activités extra-scolaires de mon enfant.
Merci de joindre la copie de l'attestation d'assurance.

e) **INSCRIPTIONS AUX SERVICES**

Certifie être informé(e) que les inscriptions aux services (Alsh, accueils périscolaires et pause méridienne) se font **par le biais du portail famille uniquement** et dans les délais prévus dans le règlement intérieur.

f) **RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES**

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de (père, mère, tuteur légal) autorise :

mon enfant à participer à toutes les activités sportives et autres dans le cadre des activités proposées par le service enfance (accueil de loisirs, du temps de pause méridienne, des temps d'accueil périscolaires). Je m'engage à vous informer de toute contre-indication durant la validité de l'inscription.

Fait à _____ le _____

Signature Electronique :