



Syndicat Intercommunal
Animation Jeunesse-Enfance
Hirel, La Fresnais,
St Méloir des Ondes

Activités enfance jeunesse SIAJE

FICHE INSCRIPTION 2022/2023 (document 1/2)

ENFANT

Nom.....Prénom :

Date de naissance : / / Fille Garçon

RESPONSABLE LEGAL

Parent 1

NOM.....

PRENOM.....

Adresse

.....

CP Ville

professionnel

portable

.....@.....

Parent 2

NOM.....

PRENOM.....

Adresse

.....

CP Ville

professionnel

portable

.....@.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N°allocataire CAF : ou N° allocataire MSA :

N° de sécurité sociale :

Destinataire de la facture si garde alternée : parent 1 parent 2

Nom et N° d'assurance extra- scolaire en cours : **(copie obligatoire)**

AUTORISATIONS

Autorise l'enfant à être filmé ou photographié

Donne l'autorisation de diffuser les clichés pour des articles de presse, documents de communication interne SIAJE

Autorise l'enfant à être véhiculé(e) en mini bus de l'accueil de loisirs ou en bus (prestataire)

Autorise la direction de l'accueil de loisirs à consulter CDAP (Consultation des Données des Allocataires par les Partenaires)

N'autorise pas en transmettant une attestation du quotient familial récente ou l'avis d'imposition N-1

Autorise N'autorise pas à se baigner sous surveillance - sait il (elle) nager ? Oui non

Autorise N'autorise pas à quitter seul(e) l'accueil de loisirs

Autorise N'autorise pas à quitter l'accueil de loisirs accompagné de (nom prénom et lien de parenté) :

.....

En cas de jugement de divorce pour la garde d'enfant, nous fournir un document officiel

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccinations

Vaccins	Date	Rappel
Diphtérie		
Tétanos		
Poliomyélite		
Coqueluche		
Haemophilus		
ROR		
Hépatite B		
Pneumocoque		
BCG		
Autres (préciser)		

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical

Allergies

Préciser :

Si allergie alimentaire, fournir un certificat médical d'un allergologue ou médecin spécialiste précisant les allergènes identifiés et la gravité de l'allergie de l'enfant.

Recommandations des parents

L'enfant porte t'il

Des lunettes oui non

Un appareil auditif oui non

Un appareil dentaire oui non

Des semelles orthopédiques oui non

L'enfant

A-t-il des difficultés de sommeil oui non

A-t-il des problèmes d'énurésie nocturne oui non

Fait-il la sieste oui non

PAI et accompagnement spécifique (facultatif si non concerné)

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical ? (diabète, hémophilie, asthme...) oui non

Préciser :

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement médical ? (handicap ou autre) oui non

Préciser :

Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? Oui non

Un Projet d'Accueil Individualisé existe-t-il pour votre enfant ? Oui non

Fournir une copie avec le protocole à suivre et prendre contact avec le responsable de l'accueil de loisirs au 06.30.86.07.76

Observations Particulières

Je soussigné (e) (nom et prénom _____) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

SIGNATURE OBLIGATOIRE