

Activités enfance jeunesse SIAJE

FICHE INSCRIPTION Juin 2023/Juin 2024 (doc 1/2)



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

ENFANT

Nom.....Prénom :

Date de naissance : /..... /..... Fille Garçon

RESPONSABLE LEGAL

Parent 1

NOM.....

PRENOM.....

Adresse

.....

CP Ville

☎ portable :

☎ professionnel :

.....@.....

Parent 2

NOM.....

PRENOM.....

Adresse

.....

CP Ville

☎ portable :

☎ professionnel :

.....@.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N°allocataire CAF : ou N° allocataire MSA : (obligatoire)

Garde alternée : oui non Destinataire de la facture si garde alternée : parent 1 parent 2

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

AUTORISATIONS

Autorise N'autorise pas l'enfant à être filmé ou photographié

Autorise N'autorise pas la direction à diffuser les clichés pour des articles de presse, documents de communication interne

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

Autorise N'autorise pas la direction de l'accueil de loisirs à consulter CDAP (Consultation des Données des Allocataires par les Partenaires) CAF pour le quotient familial

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

Autorise N'autorise pas à quitter seul 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)		

Remplir le tableau ou joindre la copie des vaccins. 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

Recevez-vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ? 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 ou 06.30.86.20.48

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 rendues nécessaires liées à l'état de mon enfant, en cas d'accident.

SIGNATURE OBLIGATOIRE précédée de la mention « lu et approuvé »