

SERVICE ENFANCE JEUNESSE
Fiche d'inscription 2017 / 2018
Période de Validité : du 1 septembre 2017 au 31 août 2018



L'Enfant

Nom:

Prénom :

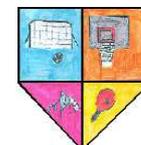
Date de naissance : _ / _ / _



**Centre de loisirs
de Bizanos**

Avenue de l'Europe
64320 BIZANOS
Tel : 05.59.82.52.65.
Mail : alsh@bizanos.net

Mairie de Bizanos



**Service
Interclasse**

CLASSE : ENSEIGNANT(E) :

ETABLISSEMENT :

	<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
Nom
Prénom
Adresse
CP
Ville
Profession
N° ☎ Domicile
N° ☎ Portable
N° ☎ Travail
Adresse @ mail	

Numéro d'allocataire CAF

ALIMENTATION

- Repas Standard** OUI NON
- Repas PAI** OUI NON (joindre certificat médical)
- Régime Végétarien** OUI NON
- Repas Végétarien ponctuel** OUI NON

Réservé à l'administration
 Les deux fiches
 Attestation d'assurance
 Certificat médical
 Copie des vaccinations
 Copie du livret de famille
 Un justificatif de domicile
 Une photographie
 Complet

ASSURANCE

(Merci de bien vouloir joindre l'attestation Responsabilité civile ou extra-scolaire)

CIE D'ASSURANCE N° CONTRAT

VACCINS OBLIGATOIRES

(se référer au carnet de santé ou au(x) certificat(s) de vaccination de l'enfant).

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date dernier rappel	Nom du vaccin
Diphtérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT Polio				

Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, (DT Polio) joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et N° ☎ du médecin de famille (ou pédiatre) :

.....

Allergies:

- ASTHME** NON OUI **Précisez**.....
- ALIMENTAIRE** NON OUI **Précisez**.....
- MEDICAMENTEUSES** NON OUI **Précisez**.....
- P.A.I.** NON OUI **Précisez**.....
- AUTRES**.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS DES PARENTS:

Si vous souhaitez nous informer de problèmes particuliers concernant votre enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature