

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

Réserve à l'administration <input type="checkbox"/> Les deux fiches <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance <input type="checkbox"/> Certificat médical <input type="checkbox"/> Copie des vaccinations <input type="checkbox"/> Copie du livret de famille <input type="checkbox"/> Un justificatif de domicile <input type="checkbox"/> Une photographie <input type="checkbox"/> 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