

SERVICE ENFANCE JEUNESSE
Fiche d'inscription 2021/2022
Période de Validité : du 1^{er} juin 2021 au 31 août 2022



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@ville-bizanos.fr

Mairie de Bizanos



**Service
Interclasse**

CLASSE EN SEPTEMBRE 2021: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 (Protocole Accueil Individualisé)** OUI NON (joindre certificat médical)
- Régime Végétarien (sans viande, ni poisson)** OUI NON
- Repas Végétarien ponctuel (sans porc)** 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