

IDENTITÉ DE L'ENFANT:

NOM: PRÉNOM: SEXE: M F GROUPE: 3/6 ANS 6/12 ANS
DATE DE NAISSANCE: ... / ... / ... AGE: ... ANS CLASSE: SCOLARISÉ À:

RESPONSABLE DE L'ENFANT (MÈRE) OU AUTRE:

NOM-PRÉNOM:
☎ :
ADRESSE:
PROFESSION ET EMPLOYEUR:
☎ :
@ :

RESPONSABLE DE L'ENFANT (PÈRE) OU AUTRE:

NOM-PRÉNOM:
☎ :
ADRESSE:
PROFESSION ET EMPLOYEUR:
☎ :
@ :

SITUATION FAMILIALE: MARIÉ(E) PACSÉ(E) SÉPARÉ(E) DIVORCÉ (E) MÈRE SEULE
 PÈRE SEUL TUTEUR AUTRES:

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE:

ÊTES VOUS ALLOCATAIRE?: CAF / N° CAF: MSA AUTRES:

AVEZ VOUS UNE MUTUELLE?: OUI NON C.M.U

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT:

SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL? OUI NON

SI OUI, LEQUEL ET POURQUOI?

TRAITEMENT UNIQUEMENT À LA MAISON OU TRAITEMENT EN PERMANENCE

SI OUI, JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE ET LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS (BOÎTES DE MÉDICAMENTS DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUÉES AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE). AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE.

P.A.I (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) OUI NON Fournir la photocopie du P.A.I mis en place avec l'école.

• ALLERGIES:

ASTHME OUI NON PRÉCISEZ:

ALIMENTAIRE OUI NON PRÉCISEZ:

MÉDICAMENTEUSE OUI NON PRÉCISEZ:

• TROUBLES DU COMPORTEMENT: OUI NON PRÉCISEZ:

• AUTRES (PRÉCISEZ):

(UNE RENCONTRE PEUT ÊTRE PROPOSÉE AFIN DE PROPOSER UN ACCUEIL ADAPTÉ À VOTRE ENFANT)

• MON ENFANT EST BÉNÉFICIAIRE DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH):

OUI NON

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT:

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS:

- RÉGIME PARTICULIER: SANS VIANDE SANS PORC AUTRES:

- LUNETTES: OUI NON AUTRES:

- DROIT À L'IMAGE: J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS

L'EGT À UTILISER LES PHOTOGRAPHIES ÉVENTUELLES DE MON ENFANT AFIN D'ILLUSTRER LES SUPPORTS D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION (BROCHURES, JDA, FACEBOOK EGT ET SITE INTERNET DE L'ESPACE GEORGES THURIN...)

AUTORISATION À RENTRER SEUL:

- APRÈS LES DIFFÉRENTES PÉRIODES D'ACCUEIL DE LOISIRS (VACANCES, MERCREDIS)

J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS

- DU BUS (UNIQUEMENT EN JUILLET /VOIR LISTE DES ARRÊTS)

J'AUTORISE JE N'AUTORISE PAS

NOM DE L'ARRÊT DE BUS ET COMMUNE:

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX):

NOM-PRÉNOM :

LIEN DE PARENTÉ :

TÉLÉPHONE :

NOM-PRÉNOM :

LIEN DE PARENTÉ :

TÉLÉPHONE :

NOM-PRÉNOM :

LIEN DE PARENTÉ :

TÉLÉPHONE :

NOM-PRÉNOM :

LIEN DE PARENTÉ :

TÉLÉPHONE :

MON ENFANT PARTICIPERA :

- À L'ACCUEIL DE LOISIRS "VACANCES SCOLAIRES"

- À L'ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI

DOCUMENTS INDISPENSABLE À FOURNIR À L'INSCRIPTION :

- FICHE SANITAIRE FICHE PRÉSENCE DE L'ENFANT PHOTO D'IDENTITÉ
- COPIE CARNET DE VACCINATION À JOUR OU ATTESTATION MÉDECIN
- ATTESTATION VITALE MUTUELLE ASSURANCE EXTRASCOLAIRE
- ATTESTATION DU QUOTIENT FAMILIAL CAF (DISPONIBLE SUR INTERNET)
- BONS CAF (BONS TEMPS LOISIRS) / CHÈQUE ANCV BULLETIN ADHÉSION EGT (10€ À RÉGLER)
- EN CAS DE SÉPARATION OU DIVORCE, JOINDRE LA COPIE DE L'EXTRAIT DE JUGEMENT RELATIF À L'EXERCICE DE L'AUTORITÉ PARENTALE.

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

Je m'engage également à régler tous les frais qui en résulteraient, de tenir informé l'EGT de toutes modifications de coordonnées ou renseignements concernant l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de la structure et m'engage ainsi que mes enfants à le respecter.

Date et signature :