

**(Ne pas oublier de signaler tout changement de situation ou de téléphone)**

L'ENFANT


☒ NOM : ..... Prénom : ..... Sexe {F {G

Date de naissance : .../.../..... Lieu : .....

Rentrée 2017, Ecole : ..... Classe : .....

Ville : .....

Adresse domicile enfant : .....

Mail : ..... @ 

\* Cocher les cases pour lesquelles vous souhaitez inscrire votre enfant

ACCUEIL PERISCOLAIRE     LE BOURG     LES SALINES

CANTINE   

Le bulletin d'inscription de l'accueil de loisirs sera à disposition à compter du 1<sup>er</sup> Septembre 2017 sur le site internet et aux accueils périscolaires.

REPRESENTANTS LEGAUX

Mère : Nom ..... Prénom ..... Portable.....

Adresse : ..... Tél travail 

Père : Nom..... Prénom..... Portable.....

Adresse : ..... Tél travail 

Autre : Nom..... Prénom ..... Portable.....

Qualité : .....

Adresse : ..... Tél travail 

N° CAF ou MSA..... Aide aux Temps Libre CAF : <sup>(1)</sup> OUI - NON

☒ VACCINATIONS :

(vous pouvez nous remettre le carnet de vaccination pour le photocopier)

POLIO - DIPHTERIE – TETANOS –COQUELUCHE

Vaccins obligatoires	oui	non	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres, préciser	
Ou Tétracoq					
BCG					
Autres vaccin					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

☒ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes <sup>(1)</sup>

<u>RUBEOLE</u> OUI / NON	<u>VARICELLE</u> OUI / NON	<u>ANGINES</u> OUI / NON	<u>RHUMATISMES</u> OUI / NON	<u>SCARLATINE</u> OUI / NON
<u>COQUELUCHE</u> OUI / NON	<u>OTITE</u> OUI / NON	<u>ASTHME</u> OUI / NON	<u>ROUGEOLE</u> OUI / NON	<u>OREILLONS</u> OUI / NON

☒ Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsifs, opérations...)

Désignation	Date

## ATTESTATION DU REPRESENTANT LEGAL

(1) Mère                      Père                      Tuteur

Mme, M .....  
Demeurant .....  
Déclare inscrire mon enfant .....

J'autorise les responsables de la structure concernée à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions d'un médecin.

J'autorise les équipes des structures du C.C.A.S à exploiter les images prises au cours des activités réalisées sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître, sur tous supports de communication : photos, films, site internet, article de presse ou vidéo.

OUI

NON

Je m'engage :

A respecter le règlement en vigueur de la structure dont une copie m'a été remise lors de la première inscription, le document est consultable au bureau du C.C.A.S ou sur le site internet de la Mairie.

### OBSERVATIONS

.....  
.....  
.....

Fait à Briscous, le ..... Signature(s) parent(s)

## **PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT**

Ces personnes doivent se présenter munies de leur pièce d'identité

NOM .....Prénom ..... 0 / / / /  
Qualité .....

NOM .....Prénom ..... 0 / / / /  
Qualité .....

NOM .....Prénom ..... 0 / / / /  
Qualité .....

NOM .....Prénom ..... 0 / / / /  
Qualité .....

NOM .....Prénom ..... 0 / / / /  
Qualité .....

L'enfant suit-il un traitement ? (1) OUI-NON  
Si OUI prendre contact avec le directeur des accueils pour mettre en place un PAI

Si ALLERGIE laquelle ?.....

Médecin de famille .....

Ville ..... Tél.....

(1) Rayer la mention inutile