

4 - AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : Oui Non
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : Oui Non
- Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : Oui Non
- J'autorise l'Accueil de loisirs de Veuzain-sur-Loire à utiliser et diffuser à titre gratuit des photos et vidéos de leur(s) enfant(s) dans les cadres suivants : sites internet de la commune, diaporamas et articles publiés dans les journaux : Oui Non
- J'autorise l'enfant à quitter l'ALSH seul : Oui Non
- J'autorise l'enfant à partir seul de l'arrêt de bus (seuls les élémentaires sont concernés) : Oui Non

Les personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autres que parents) :

Nom	Prénom	Ville	Téléphone	Lien de parenté

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Le représentant légal de chaque enfant certifie avoir souscrit une assurance (responsabilité civile) au nom de son enfant, couvrant tout dommage causé à autrui, dégradation du matériel ou équipement.

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

Visa de la Mairie

**Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :*

La transmission des résultats scolaires (circulaire N°94-149 du 13/04/1994)

Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service N°2004-104 DU 25/06/2004°.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978).

Pour l'exercer, contactez la mairie.

Pour finaliser l'inscription, merci de prendre contact avec l'école concernée :

Ecole Maternelle (PS/MS/GS) : 02.54.51.20.53 Ecole Elementaire (CP,CE1,CE2,CM1,CM2) : 02.54.51.20.49

Dossier unique 2022-2023

Inscription Scolaire



Activités périscolaires

ENFANT

Nom & Prénoms :

Date de naissance : / / Classe :

Lieu de naissance : Département :

FAMILLE

Nom de la famille :

Adresse familiale :

Code Postal : Ville :

Régime social : CAF n° d'allocataire : ou MSA (attestation du quotient familial)

Téléphone du domicile :

Adresse Mail :

Situation familiale (marié, pacsé, ...) :

REPRESENTANT LEGAL 1*

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Tél portable :

Tél travail :

REPRESENTANT LEGAL 2*

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Tél portable :

Tél travail :

SERVICES MUNICIPAUX

TRANSPORT SCOLAIRE

Je souhaite inscrire mon enfant au transport scolaire : OUI ou NON

A quel point de montée ? :

RESTAURANT SCOLAIRE

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire : OUI ou NON

Inscription obligatoire

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Allergies ou régime alimentaire particulier :
.....
.....
.....



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé

NOM : PRENOM(s) :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : Masculin ou Féminin

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole – Rougeole	
Poliomyélite				Oreillons	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Autres à préciser :	

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX COMPLEMENTAIRES

Si l'enfant suit un traitement médical pendant sa présence à l'accueil de loisirs, ou sur le séjour organisé, merci de 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).

Attention, aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES DIAGNOSTIQUES (prendre impérativement contact avec le service)

Médicamenteuses : Alimentaires : Autres :

A préciser :

DIFFICULTES DE SANTE :

Indiquez ci-après les précautions à prendre en cas de maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation.

P.A.I, Projet d'Accueil Individualisé : (prendre impérativement contact avec le service)

Joindre le protocole et toutes les informations utiles.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES :

	Oui	Non	
Lentilles de contact			Au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
Paire de lunettes			
Prothèses auditives			
Prothèse ou Appareil dentaire			A préciser ci-dessous : (crème spéciale, qualité peau, etc ...)
Autres recommandations			