

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.....

EN CAS D'EXISTENCE D'UN PAI (Projet d'Accueil Individualisé) CONCERNANT VOTRE ENFANT, MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR LE PROTOCOLE PRÉSCRIT PAR LE MEDECIN ET NOUS PRÉCISER, LES CONDUITES A TENIR !

MEDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

NUMERO DE TELEPHONE :

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

Date : Signature Parent 1: Signature Parent 2 :

**Merci de bien vouloir nous remettre ce dossier d'inscription à la Mairie de Valambray
Avant le vendredi 30 Juin 2018 !**



VALAMBRAY

INSCRIPTION ACCUEILS PERISCOLAIRES 2018-2019

- INSCRIPTION GARDERIE
- INSCRIPTION CANTINE
- INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

Classe : _____ Age : _____

ENFANT

NOM : _____ SEXE : F M

Prénom(s) : _____ / _____ / _____

Né(e) le : ___/___/___ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

PARENT 1

Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone Travail : _____

Courriel : _____

Profession : _____

N° S. Sociale : _____

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre): _____

Montant Quotient Caf: _____

Autre régime: _____

N°: _____

PARENT 2

Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone Travail : _____

Courriel : _____

Profession : _____

N° S. Sociale : _____

N° CAF (7 chiffres + 1 lettre): _____

Montant Quotient Caf: _____

Autre régime: _____

N°: _____

AUTORISATIONS (à cocher pour acceptation - rayer si refus)

- J'autorise la prise de vue, de son ainsi que leurs diffusions pour mon enfant lors de leurs réalisations dans le cadre des activités périscolaires
- J'autorise mon enfant à participer aux activités encadrées hors des locaux de l'école (Gymnase, Salle des fêtes, ...)
- J'autorise mon enfant à quitter seul les Temps d'Activités Périscolaires.

Attention : Les enfants de moins de 7 ans ne sont pas autorisés à quitter les accueils sans une personne majeure.

Service Jeunesse VALAMBRAY - 2 rue du Pressoir Airan 14370 Valambray
Bastien GARNIER, Directeur Enfance 06 65 95 45 02 enfance.valambray@laligenormandie.org

FICHE SANITAIRE 2018- 2019

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE :

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
 Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
 Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence
 Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

FICHE DE RESERVATION

Veillez cocher les activités/accueils souhaités

GARDERIE (de 7h30 à 9h00 et de 16h30 à 18h45) **matin** **et/ou Soir**

CANTINE

CENTRE DE LOISIRS

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant à l'année ? **Oui** **Non**

si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

J'autorise les encadrants des temps périscolaire et extra-scolaire à donner le traitement à mon enfant : **Oui** **Non**

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigü <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui	Otite <input type="checkbox"/> Oui	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui	