

ALLERGIES :

ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES.....

SI PAI (Projet d'Accueil Individualisé) CONCERNANT VOTRE ENFANT, MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR LE PROTOCOLE PRESCRIT PAR LE MEDECIN ET NOUS PRECISER, LES CONDUITES A TENIR !

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.....

MEDECIN TRAITANT

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

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 remettre ce dossier d'inscription à la Mairie de Valambray
Avant le mardi 7 juillet 2022.**



VALAMBRAY

INSCRIPTION ACCUEILS PÉRISCOLAIRES 2022-2023

☐ 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. Garderie + mercredis loisirs.

☐ 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 le temps périscolaire.

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

Service enfance VALAMBRAY - 2 rue du Pressoir Airan 14370 Valambray

Contact accueil de loisirs : 06 65 95 45 02 . Mail: enfance.valambray@laligenormandie.org

<http://www.enfance.valambray.laligenormandie.org>



FICHE SANITAIRE 2022- 2023

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 8h50 et de 16h30 à 18h45) **Matin** ☐ **et/ou Soir** ☐

Une adhésion de 5€ pour l'année, vous sera facturée pour la présence de votre enfant en garderie.

☐ **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** 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 périscolaires et extra-scolaires à donner le traitement à mon enfant : **Oui** **Non**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cochez les maladies concernées)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui
☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	☐ Oui	
☐ Non	☐ Non	☐ Non	☐ Non	

Service enfance VALAMBRAY - 2 rue du Pressoir Airan 14370 Valambray
Contact accueil de loisirs: 06 65 95 45 02 . Mail: enfance.valambray@laliguenormandie.org
<http://www.enfance.valambray.laliguenormandie.org>

Service enfance VALAMBRAY - 2 rue du Pressoir Airan 14370 Valambray
Contact accueil de loisirs: 06 65 95 45 02. Mail: enfance.valambray@laliguenormandie.org
<http://www.enfance.valambray.laliguenormandie.org>