

FICHE d'inscription 2024/2025 Pôles ENFANCE

Adhésion familiale Individuelle / CLAS Centre de loisirs
L/J M/V

CADRE RESERVE A LA MAISON POUR TOUS MONFLEURY

Photo	NOM :
	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :
	ADRESSE :
	TEL: GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

RESPONSABLE 1- Lien : _____		RESPONSABLE 2- Lien : _____	
NOM		NOM	
Prénom		Prénom	
Téléphone		Téléphone	
Mail		Mail	

AUTORISATION PARENTALE	DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR
Autorisation droit à l'image (document ci-joint) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Att. assurance extra-scolaire <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à rentrer seul OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Attestation CAF ou MSA <input type="checkbox"/>
Personnes autorisées à venir le chercher : -..... -..... -.....	Carnet de vaccination <input type="checkbox"/>
	Attestation de sécurité sociale <input type="checkbox"/>
	Photo <input type="checkbox"/>

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date :

Signature :



FICHE SANITAIRE – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Numéro de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

Conduite à tenir en cas d'allergie :

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

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

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT
Ces informations permettent d'avoir un regard attentif sur les besoins et les difficultés spécifiques de votre enfant et de pouvoir envisager, si nécessaire, un accompagnement individualisé.

Votre enfant est reconnu handicapé par la MDPH. OUI NON

Votre enfant a un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) à l'école.
Si oui, fournir un exemplaire. OUI NON

Votre enfant est reconnu en ALD (Affection Longue Durée). OUI NON

Votre enfant suit un traitement médical.
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.
AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNÉ SANS ORDONNANCE. OUI NON

Votre enfant a un(e) AESH en classe. OUI NON

Votre enfant est scolarisé en classe ULIS. OUI NON

Autres précisions permettant d'accueillir au mieux votre enfant :

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

Date : **Signature :**

