



7@=-) - k-Vo-@V-U-Vuo
 ° ##y-@) - @@@oo° Vo=-" -k8-U-Vu
 #-Vuk-° -k- UyV#@@° O



caf.fr

-V7° Vu'	
V	..
h	..
)
° <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> U'
k
V <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> ..

k-dh\ Vo° "Q'Q8° O	
<input type="checkbox"/> h	.. <input type="checkbox"/> ..
V	..
h	..
°	..
u	.. "u pro'
°
o <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> # <input type="checkbox"/> t .. <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> t ..
k <input type="checkbox"/> 8 .. <input type="checkbox"/> Uo° .. <input type="checkbox"/> ..
V j ..

k-dh\ Vo° "Q'Q8° O	
<input type="checkbox"/> U	.. <input type="checkbox"/> ..
V	..
h	..
°	..
u	.. "u pro'
°
o <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> # <input type="checkbox"/> t .. <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> t ..
k <input type="checkbox"/> 8 .. <input type="checkbox"/> Uo° .. <input type="checkbox"/> ..
V j ..

En cas de séparation des parents, vous devez obligatoirement joindre une photocopie du jugement, spécifiant les modalités exactes de garde de l'enfant.

h-ko\ VV-o° yu\ k@-o° k-#yh-k-k'O-V7° Vu'	
U U	U U
u	u
U U	U U
u	u

° yu\ k@ u@Vo'	
K
k <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> ..
O <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/> ..

o t

FICHE SANITAIRE

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :

Dr : _____ Tél : _____

L'enfant a-t-il déjà eu des maladies infantiles : oui non

Si oui, lesquelles ?

Existence d'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) oui non

Votre enfant est-il allergique : oui non

Si oui, précisez l'allergie : asthme alimentaire médicamenteuse
 autres

L'enfant suit-il un traitement médical oui non

(Si oui joindre une ordonnance de moins d'un an, avec le médicament dans son emballage d'origine avec notice, le nom, prénom de l'enfant inscrit dessus. Le traitement sera à remettre à la direction le 1^{er} jour de l'accueil)

Recommandations utiles des parents : (difficultés de santé, précaution à prendre, lunettes,...)

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs :

A prendre, le cas échéant toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

A administrer un traitement médical uniquement sur ordonnance

ASSURANCE OBLIGATOIRE : RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie :

Numéro de contrat :

N° sécu du responsable de l'enfant :

Nom de la mutuelle :

Je soussigné (e) _____, responsable légal de _____ certifie :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,
- En accepter les modalités (document 1)
 - En accepter les conséquences en cas de non-respect ou tout comportement non respectueux des règles fixées par l'équipe d'animation (réprimande, avertissement...)

L'exactitude des renseignements figurants sur la fiche d'inscription

Fait à _____ Le _____

Signature du responsable légal

Rappel des pièces à fournir : (obligatoire)

- Attestation du quotient familial
- Photocopie carnet de santé (vaccination)
- Attestation responsabilité civile extrascolaire

***Tout dossier incomplet ne sera pas validé.**

Veuillez remplir cette fiche avec la plus grande attention. Elle nous permet d'une part, d'avoir les renseignements et autorisations indispensables pour l'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs, et d'autre part de répondre au mieux à vos attentes et obtenir le meilleur fonctionnement possible. Merci de signaler tout changement de situation, coordonnées, état de santé de votre enfant, ect....