



Centre Social Mosaïques

Fiche d'inscription Accueil de loisirs 2016 2017

Renseignement enfant

Nom : Prénom :

Date naissance : F M

Partie remplie par le Centre Social

Quotient familial :

Aide journalière :

Aide VACAF :

N° allocataire :

Son école

En quelle classe est votre enfant : Nom de l'instituteur(trice) :

Dans quelle école : Mairie Champ Bouvier Autre

Activités extérieures du mercredi

Désirez-vous que l'accompagnement soit fait par le centre social : OUI NON

Précisez l'heure : Le lieu :

Précisez le nom de la personne prenant en charge votre enfant :

Droit à l'image

J'autorise le Centre Social Mosaïques à utiliser, dans le cadre de ses documents de communication, de son site internet et des réseaux sociaux, toute image photographique ou vidéo sur laquelle pourrait figurer mon enfant. OUI NON

Les parents

Situation familiale : Marié Séparé Autre Régime général MSA Autre

Père/Mère : Email obligatoire :

Adresse : Code Postal : Ville :

Téléphone Perso: Téléphone pro :

Père/Mère : Email obligatoire :

Adresse : Code Postal : Ville :

Téléphone Perso: Téléphone pro :

Personnes autorisées à venir récupérer votre enfant ou à contacter en cas d'urgence

Nom : Prénom : N° de tél :

Nom : Prénom : N° de tél :

Nom : Prénom : N° de tél :

Nom : Prénom : N° de tél :

FICHE SANITAIRE – informations médicales

Vaccin	Date du dernier rappel
DT-Coq-Polio	

Problèmes de santé et recommandations

.....

.....

.....

.....

Régime Alimentaire Sans Viande

Allergies

Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	si oui précisez :.....
Alimentaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	si oui précisez :.....
Autres	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	si oui précisez :.....

Merci de fournir le PAI lors de procédure médicale.

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, **toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant** et m'engage à rembourser au centre social le montant des frais médicaux. Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre et m'engage à le respecter.

Fait à

Le.....

Signature obligatoire :