# DOSSIERS INSCRIPTIONS 2020-2021
RENOUVELLEMENT
**NOTICE EXPLICATIVE**

***DOSSIER TELECHARGEABLE SUR LE SITE DE LA MAIRIE ET LA PAGE FACEBOOK***

***LIEN :*** http://www.lancon-provence.fr/fr/accueil.html

https://www.facebook.com/Mairie-de-Lan%C3%A7on-Provence-283513768490255/

**Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30**

## Du 08 juin au 26 juin 2020

***Attention***

***Aucune inscription ne sera prise en dehors de cette période***

***Le non - respect de ces dates entrainera une majoration du tarif comme le prévoit le règlement intérieur des temps d'accueils municipaux voté le 14.03.19 par délibération n°19-043***

***CONDITIONS DE DEPOT DES DOSSIERS :*** **IMPORTANT**

**Vu les conditions sanitaires actuelles, les familles devront se présenter au Service Enfance Jeunesse dans le respect du planning ci-dessous :**

**Semaine du 08 au 12/06 :**
Accueil des familles des enfants scolarisés à **Marie Mauron et Cigaloun**

**Semaine du 15 au 19/06** :
Accueil des familles des enfants scolarisés à **Moulin de Laure et Sibourg**

**Semaine du 22 au 26/06** :
Accueil des familles des enfants scolarisés aux **Pinèdes et Baïsses**

***1 - AUCUN RETOUR DE DOSSIER PAR MAIL***

***2 – AUCUN DÉPÔT DE DOSSIER EN BOÎTE AUX LETTRES***

***3 – TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ***

***4 – AUCUNE COPIE NE POURRA ÊTRE EFFECTUÉE AU SERVICE ENFANCE JEUNESSE***

- Fiche de renseignements à fournir **obligatoirement** même si aucune inscription aux activités
- Restauration scolaire
- Garderie périscolaire
- ACM mercredi journée complète
- ACM ½ journée : renseignement auprès du service enfance jeunesse : places limitées et commission d'attribution
- Etude : Les inscriptions seront prises ultérieurement

## 1- RESTAURATION SCOLAIRE

**Inscription annuelle : 4 possibilités :**

- Régulier (1 fois par semaine jour fixe): Compléter l'annexe 1.
- Régulier (2,3 ou 4 jours inscription avec jours fixes toute l'année) : Compléter l'annexe 1.
- Planning (jours qui changent chaque mois) : Compléter l'annexe 1 et planning annexe 1 bis à retourner au service enfance jeunesse au plus tard le **20 de chaque mois.**
- Exceptionnel : Compléter l'annexe 1 : prévenir le service Enfance Jeunesse par mail minimum **2 jours ouvrés**.

## 2- GARDERIE PERISCOLAIRE

**3 possibilités :** Compléter l'annexe 2 recto-verso **DANS TOUS LES CAS** + **copies des pages vaccinations**

- Inscription régulière (emploi du temps fixe à l'année) : Compléter l'annexe 3
- Inscription au planning (emploi du temps différent tous les mois : Compléter l'annexe 4 et à retourner au service Enfance Jeunesse au plus tard le **20 de chaque mois**
- Inscription exceptionnelle ***(1 fois par trimestre)*** : prévenir le service Enfance Jeunesse par mail minimum **48h à l'avance** (jours ouvrables)

## 3- ACM MERCREDI JOURNEE

**2 possibilités** : Compléter l'annexe 6 recto-verso + copies des pages vaccinations + Copie de l'avis d'imposition **2018/2019 DANS TOUS LES CAS**

- Inscription annuelle (tous les mercredis de l'année scolaire) : Cocher sur l'annexe 6 la case prévue à cet effet.
- Inscription trimestrielle : Cocher sur l'annexe 6 les mercredis souhaités

***Attention :*** *L'inscription au trimestre est à renouveler 3 semaines avant le début de chaque vacance auprès du service Enfance Jeunesse*

Date limite de modifications POUR TOUTES LES ACTIVITES
A raison d'un changement de planning
**le vendredi 18 septembre 2020**

LANÇON PROVENCE
Trait d'Union de la Provence

Mairie de Lançon - Provence - Service Enfance Jeunesse
Place du Champ de Mars
affaires.scolaires@lancon-provence.fr
☎ 04 90 42 98 10 - ☎ 04 90 44 51 55 - ☎ 04 90 42 90 95

# Fiche de Renseignements - 2020/2021

*N° famille*

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin N° d'allocataire CAF : .....

Niveau de classe en 2020-2021 : .....

Nom de la compagnie d'assurance extra-scolaire : .....

## RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

**RL : 1** ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

***N° de téléphone pouvant être utilisé pour envoi SMS :...*** .....

Mail : .....

Profession : ..... ☎ (Travail) : .....

**RL : 2** ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : ..... Prénom: .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ ..... ☎..... .....@.....

Profession : ..... ☎ (Travail) : .....

Situation familiale : ▫ Marié(e) ▫ Pacsé(e) ▫ Vie maritale ▫ Divorcé(e) ▫ Séparé(e) ▫ Célibataire ▫ Veuf(ve)

Frères et sœurs de l'enfant scolarisé(e)s sur la commune :

| Nom prénom | Date de naissance | Ecole fréquentée | Classe |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT ET A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**
**(en dehors des parents)**

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... ☎ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... ☎ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... ☎ .....

Je soussigné (e) .....responsable légal de l'enfant certifie exact l' ensemble des renseignements portés sur cette fiche

Fait à Lançon - Provence, Signature (s) du (des) responsables légal (aux):

Le ...../...../.....

***Cadre réservé à l'administration***

☐ Bulletins Salaire ☐ KBIS ☐ Contrat Assurance

☐ Avis Imposition 2018 Montant Référence : ..... / Nbre de parts : .....

Inscription(s) demandée(s)

☐ Restauration : Occasionnel ou Régulier ou Planning

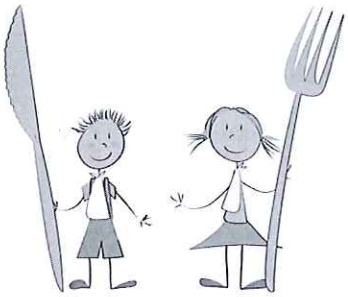
☐ ACM Mercredis annuelle ☐ ACM Mercredis trimestre

☐ DIVERS

☐ Garderie - Périscolaire : Planning ou Régulier ou Occasionnel

☐ ETUDE SURVEILLEE L ☐ M ☐ J ☐ V ☐

***Ecole d'affectation année scolaire 2020-2021*** :



# Fiche d'inscription
# Restauration scolaire 2020-2021

*affaires.scolaires@lancon-provence.fr*

**Nom et prénom de l'enfant :**

**Classe :** **Ecole :**

N° de téléphone portable papa :
N° téléphone portable maman :

Nom et N° de téléphone du médecin traitant : ..... tel .....
Je soussigné ..... représentant légal de l'enfant .....
demande son inscription à la restauration scolaire pour l'année 2020/2021.
Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure liée à la fréquentation de la cantine municipale et en accepte les conditions.

VEGETARIEN ☐ SANS PORC ☐

PAI (copie à joindre) ☐ Si oui, causes : .....

A compter du :

☐ **Inscription régulière 1 jour** (4€00 maternelle - 4.50€ élémentaire)

Lundi ☐ Mardi ☐
Jeudi ☐ Vendredi ☐

☐ **Inscription régulière (2 -3 ou 4 jours)** (2.70 maternelle - 3.00 élémentaire)

Lundi ☐ Mardi ☐
Jeudi ☐ Vendredi ☐

☐ **Inscription exceptionnelle (mail 48h minimum avant la date choisie)**
(4€00 maternelle - 4.50€ élémentaire)

☐ **Inscription Planning (remplir document annexe 1 bis)**
(2.70€ maternelle - 3.00€ élémentaire)

**Toute modification de jour (pour les réguliers 1 jour) sera signalée PAR MAIL au service enfance jeunesse (48h à l'avance).**

Fait à Lançon le : Signature

# *Restauration scolaire*

# *Inscription mensuelle sur planning*

***2.70€ maternelle – 3.00€ élémentaire***

| ***Nom et prénom de l'enfant :*** | ***M*** | ***Ecole :*** |
|---|---|---|
| | ***F*** | ***Classe :*** |

*Le tableau ci-dessous indique sur un mois les jours de présence de votre enfant à la restauration scolaire. Ce tableau est à photocopier autant de fois que nécessaire et* ***à remettre au plus tard le 20 du mois précédent*** *au service Enfance Jeunesse de la Mairie.*

***Attention : Aucune modification ne sera prise en compte une fois le planning déposé***

affaires.scolaires@lancon-provence.fr

Mois de .....

| | DATE | Merci de mettre une croix |
|---|---|---|
| LUNDI | | |
| MARDI | | |
| JEUDI | | |
| VENDREDI | | |
| | | |
| LUNDI | | |
| MARDI | | |
| JEUDI | | |
| VENDREDI | | |
| | | |
| LUNDI | | |
| MARDI | | |
| JEUDI | | |
| VENDREDI | | |
| | | |
| LUNDI | | |
| MARDI | | |
| JEUDI | | |
| VENDREDI | | |
| | | |
| LUNDI | | |
| MARDI | | |
| JEUDI | | |
| VENDREDI | | |

**Lançon le,** **SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

Annexe 2

Mairie de Lançon - Provence - Service Scolaire Enfance Jeunesse
Place du Champ de Mars

affaires.scolaires@lancon-provence.fr

☎ 04 90 42 98 10 - ☎ 04 90 44 51 55 - ☎ 04 90 42 90 95

# Fiche de Renseignements - Garderie Périscolaire

N° Famille :

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

École : ..... Classe : .....

## RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

**RL : 1** ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : ..... Prénom : ..... ☎ ..... ☎ .....

**RL : 2** ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom : ..... Prénom : ..... ☎ ..... ☎ .....

## PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT ET A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... ☎ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... ☎ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... ☎ .....

Une pièce d'identité de la personne venant chercher l'enfant sera demandée par le responsable de l'accueil.

Je soussigné(e),....., responsable légal de l'enfant : .....

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche
- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'activité à laquelle mon enfant est inscrit et en respecter les conditions
- autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs des accueils de loisirs sans hébergement avec ou sans transport.
- autorise mon enfant à rentrer seul OUI ☐ NON ☐
- autorise mon enfant à être pris en photo ou vidéo ☐ OUI ☐ NON

Fait à Lançon - Provence, Signature (s) du (des) responsables légal (aux)

Le ...../...../.....

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa N° 10008*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

**1 – 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
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui ❑ non ❑

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

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

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ |
| **COQUELUCHE** | **OTITE** | **ROUGEOLE** | **OREILLONS** | |
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | |

**ALLERGIES :** ASTHME oui ❑ non ❑ MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ❑ non ❑ (joindre le protocole et toutes informations utiles)
.....
.....
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑

DES LUNETTES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)
.....
.....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ❑ non ❑

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ❑ non ❑

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui ❑ non ❑

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM
.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
*(FACULTATIF)*.....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : Signature :

***N° famille***

# *GARDERIE - PERISCOLAIRE*

## *Inscription régulière*

***1.40€ l'heure***

| | | |
|---|---|---|
| ***Nom et prénom de l'enfant :*** | ***M*** | *Né(e) le* |
| *Nom et prénom du père :* *Tel :* | | *Ecole :* |
| *Nom et prénom de la mère :* *Tel :* | ***F*** | *Classe :* |

***Le tableau ci-dessous indique les jours et les heures de présence de votre enfant à la garderie-périscolaire.***

***Ce tableau sera valable sur l'année. Tout changement de fréquence sera à signaler au service enfance jeunesse de la Mairie.*** *MINIMUM 48H A L'AVANCE*

affaires.scolaires@lancon-provence.fr

**A compter du .....**

| | 7H30-8H30 | 16h30-17h30 | 17H30-18H30 |
|---|---|---|---|
| LUNDI | | | |
| MARDI | | | |
| JEUDI | | | |
| VENDREDI | | | |

**Lançon, le**

**SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT**

*N° famille*

# *GARDERIE - PERISCOLAIRE*

## *Inscription mensuelle sur planning*

***1.40€ l'heure***

| | | |
|---|---|---|
| ***Nom et prénom de l'enfant :*** | ***M*** | *Né(e) le* |
| *Nom et prénom du père :*<br>*Tel :* | | *Ecole :* |
| *Nom et prénom de la mère :*<br>*Tel :* | ***F*** | *Classe :* |

*Le tableau ci-dessous indique sur un mois les heures de présence de votre enfant à la garderie-périscolaire. Ce tableau est à photocopier autant de fois que nécessaire et* ***à remettre au plus tard le 20 du mois précédent*** *au service Enfance Jeunesse de la Mairie.*

affaires.scolaires@lancon-provence.fr

Mois de .....

| | DATE | 7H30-8H30 | 16H30-17H30 | 17H30-18H30 |
|---|---|---|---|---|
| LUNDI | | | | |
| MARDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |
| | | | | |
| LUNDI | | | | |
| MARDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |
| | | | | |
| LUNDI | | | | |
| MARDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |
| | | | | |
| LUNDI | | | | |
| MARDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |
| | | | | |
| LUNDI | | | | |
| MARDI | | | | |
| JEUDI | | | | |
| VENDREDI | | | | |

**Lançon le,** **SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :**

Annexe 6

**INSCRIPTION ACM DU MERCREDI 2020-2021**
**HORS VACANCES SCOLAIRES**
(Lieu : Ecole Les Pinèdes)
Accueil des enfants : de 7h30 à 9h00
Départ de l'enfant à partir 17h00 jusqu'à 18h30
**acm@lancon-provence.fr**

**N° famille**

| **NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :** | | |
|---|---|---|
| **Nom et prénom du père :**<br>Tel :<br>**Nom et prénom de la mère :**<br>Tel :<br><br>**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :**<br>Nom et tel :<br>Nom et tel : | **M**<br><br>**F** | ☐ **MATERNELLE**<br><br>☐ **PRIMAIRE** |

Végétarien ☐ Sans porc ☐ PAI ☐

**Je soussigné(e) M. / Mme** **autorise mon fils – ma fille**

A participer à : (rayer les mentions inutiles)

_ Aux déplacements à pied – en minibus – en bus

_ A être pris en photo ou en vidéo (qui pourrait être publiée / presse / web)

**PIÈCES À FOURNIR :**

_ Copie des pages de vaccination

_ Copie de l'avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018

_ Fiche sanitaire dûment remplie au verso

## ☐ Inscription pour les mercredis à l'année (journée complète)

☐ ACM Mercredis ½ journée matin **sans repas**

☐ ACM Mercredis ½ journée matin **avec repas** (Départ à 13h30 précise)

☐ ACM Mercredis ½ journée après-midi **sans repas** (Arrivée à 13h30 précise)

☐ ACM Mercredis journée complète

| 1 er trimestre | Journées à cocher | 1 er trimestre | Journées à cocher |
|---|---|---|---|
| Mercredi 02/09 | | Mercredi 04/11 | |
| Mercredi 09/09 | | Mercredi 18/11 | |
| Mercredi 16/09 | | Mercredi 25/11 | |
| Mercredi 23/09 | | Mercredi 02/12 | |
| Mercredi 30/09 | | Mercredi 09/12 | |
| Mercredi 07/10 | | Mercredi 16/12 | |
| Mercredi 14/10 | | | |

**Date et signature du responsable légal :**

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa N° 10008*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

1 – 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
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui ❑ non ❑

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

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

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ |
| COQUELUCHE | OTITE | ROUGEOLE | OREILLONS | |
| OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | OUI ❑ NON ❑ | |

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

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ❑ non ❑ (joindre le protocole et toutes informations utiles)
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ❑ non ❑

DES LUNETTES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ❑ non ❑ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)
.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ❑ non ❑

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ❑ non ❑

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui ❑ non ❑

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM
.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
*(FACULTATIF)*.....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date : Signature :