

				FICHE INSCRIPTION ENFANT	
Accueil Périscolaire ESTRABLIN		ACCUEIL GEMENS 3/10 ans Mercredis Vacances scolaires		ACCUEIL POINT JEUNES 10/17 ans	
☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Bus scolaire		☐ Mercredis ☐ Vacances		☐ Périscolaire (mercredi - Vendredi) ☐ Accueil de loisirs (vacances) ☐ Action citoyen ☐ CLAS (aide aux devoirs)	
Attention : Cette fiche par enfant devra être intégré obligatoirement dans votre espace famille via le portail					

Fiche Enfant	Nom		Prénom		Niveau de classe (ex :CP)	☐ M ☐ F
Date de Naissance			Précautions à prendre ou autres informations et recommandations utiles des parents.			
Vaccin	Fait – le		ASTHME		OUI ☐ NON ☐	
Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		Pneumocoque		ALIMENTAIRES	OUI ☐ NON ☐	
Diphtérie, Tétanos,		Rougeole, Oreillons,		MEDICAMENTEUSES	OUI ☐ NON ☐	
Hépatite A		Rubéole (ROR)		DIFFICULTES DE SANTE / TYPE D'ALERGIE :		
Hépatite B		Tuberculose (BCG)				
Méningocoque C		Varicelle				
Prise de photo/films : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.						OUI ☐ NON ☐
Point jeunes/Partir seul : Nous autorisons notre enfant à quitter seul, ou accompagné d'un mineur, la structure à la fin de l'accueil auquel il est inscrit						OUI ☐ NON ☐ OUI ☐ sauf la nuit
Activités pédagogiques : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités mises en place au sein de la structure.						OUI ☐ NON ☐
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant						OUI ☐ NON ☐
Autorise le service à apporter une aide à l'enfant à la prise de médicaments (si ordonnance de médecin ou protocole desoins) et les instructions transmises par écrit.						OUI ☐ NON ☐
Autorise le service à utiliser le service Caf, afin d'extraire le quotient familial caf de la famille, si celui-ci n'est pas fournie commestipuléau paragraphe inscription périscolaire et extrascolaire						OUI ☐ NON ☐
Je reconnais avoir pris connaissance du règlement des accueils de loisirs périscolaires et extrascolaires et déclare m'yconformer.						OUI ☐ NON ☐
Pratiques alimentaires	OUI ☐ NON ☐		Déclare que mon enfant bénéficie d'un P.A.I (Uniquement Maladies ou Allergies nécessitant unPAI)		OUI ☐ NON ☐	
	☐ Sans Viande ☐ Sans porc		Enfants en situation de handicap MDPH ?		OUI ☐ NON ☐	
Il est nécessaire de faire remonter les informations lors de l'inscription au service pour mettre en place un projet d'accueil individualisé (PAI). Informations complémentaires sur la nature du P.A.I concernant votre enfant (difficultés, Maladies, Allergies,) :						
Responsables légaux de l'enfant						
Responsables (1)				Responsable (2)		
Fait à :				Fait à :		
Date :	Signature Obligatoire		Date :	Signature Obligatoire		
* FICHE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT ET A JOINDRE DANS LE PORTAIL (une pour chaque enfant)						