

DOSSIER D'INSCRIPTION – Année 2018



SERVICES SOUHAITES	SERVICE JEUNESSE			SERVICE SCOLAIRE	
	Centre de loisirs permanent	Centre de loisirs été	Périscolaire	Restauration scolaire	Aide aux devoirs

ENFANT

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
--------------	-----------------	----------------------------

 Ecole Rose de Picardie : Ecole La Caroline : Ecole des Pierres Blanches :

 Ecole Pétrucciani : Ecole Françoise Dolto : - Ecole de la Neuville : Ecole du Bord de l'ancre :
RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

	LE PÈRE	LA MÈRE	AUTRE (Tuteur, Assistante familiale ...)
NOM			
PRENOM			
SITUATION FAMILIALE (marié, séparé ...)			
ADRESSE			
N° ALLOCATAIRE			
N° SÉCURITE SOCIALE			
REGIME	Général S. Sociale : <input type="checkbox"/> Agricole : <input type="checkbox"/>		
 DOMICILE			
PORTABLE			
E-MAIL			
PROFESSION			
EMPLOYEUR			
ADRESSE EMPLOYEUR			
 EMPLOYEUR			

PIÈCES À JOINDRE VOIR LE DETAIL AU VERSO DU DOSSIER

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : _____

Agissant en qualité de : Père Mère Autre **AUTORISE LES PERSONNES CI-DESSOUS À VENIR RECHERCHER MON ENFANT****DELEGATION N° 1**

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

DELEGATION N° 2

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

DELEGATION N° 3

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

AUTORISE L'ENFANT _____A repartir seul : OUI NON

A être photographié ou filmé et à diffuser la photo sur le Courrier Picard, Corbie info, Facebook de l'Alsh & le site internet de la Mairie :

OUI NON **Conformément au règlement intérieur seules les personnes majeures sont habilitées à venir chercher les enfants sur présentation d'une pièce d'identité.**

DOSSIER MEDICAL
A renouveler tous les ans

Les renseignements demandés ci-dessous sont impératifs & confidentiels.
Ils nous seront demandés en cas d'hospitalisation.

Nom du médecin traitant : _____

Poids : _____ Taille : _____

L'enfant est-il à jour dans ses vaccins : oui non

L'enfant a-t-il eu :

La Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	La Scarlatine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
La Coqueluche	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	La Rougeole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Les Oreillons	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	La Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Des Otites	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	De l'Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Des Rhumatismes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Des convulsions	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il déjà eu des interventions chirurgicales : oui non

Si oui, lesquelles (préciser l'année de l'intervention) : _____

L'enfant a-t-il des allergies : oui non

Si oui, lesquelles : _____

L'enfant suit-il un traitement médical : oui * non

Si oui, lequel : _____

*AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS ORDONNANCE MEDICALE (OBLIGATOIRE)

L'enfant a-t-il des activités qui lui sont interdites : oui non

Si oui, lesquelles : _____

L'enfant a-t-il des lunettes : oui non

L'enfant a-t-il une prothèse : Dentaire oui non Auditive : oui non

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier : oui non

Si oui, lequel : _____

JOINDRE UNE COPIE DU RÉGIME ALIMENTAIRE A SUIVRE (OBLIGATOIRE)

Choix d'un repas : (ne cocher qu'une seule case)

Standard : Sans Porc : Sans Viande :

J'AUTORISE EGALEMENT L'ÉQUIPE D'ENCADREMENT À PRENDRE TOUTE DÉCISION DE SOIN, D'HOSPITALISATION OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE EN CAS DE NÉCESSITÉ CONSTATÉE PAR UN MEDECIN.

CHOIX HOSPITALIER :	
----------------------------	--

Déclare(nt) avoir pris connaissance des règlements intérieurs des différents services et d'en avoir accepté toutes les clauses.

A Corbie, le

Signature des 2 parents (**obligatoire**) précédée de la mention
« Lu et approuvé »

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER
--

Assurance (responsabilité civile)		Livret de famille	
Carnet de Santé (vaccins)		Notification jugement de séparation	
Justificatif de domicile (moins de 3 mois)		Feuille d'imposition	