

Centre de loisirs Maison de l'enfance 'Marcelle Robineau'



DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNEE SCOLAIRE

PHOTO OBLIGATOIRE (ne pas coller , ne pas agrafes)	NOM :
	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE :
	GARCON : <input type="checkbox"/> FILLE : <input type="checkbox"/>

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER D' INSCRIPTION

- Attestation d'assurance / responsabilité civile
- Justificatif de domicile (loyer, facture ...)
- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Photocopie du document d'aides aux temps libres CAF (si vous en êtes bénéficiaires)

Les dossiers d'inscription doivent être dûment remplis et remis avec tous les documents administratifs demandés. Un dossier incomplet ne pourra pas être enregistré et l'inscription de votre enfant s'en verra retardée.

Seul un dossier complet valide l'inscription de votre enfant à la Maison de l'Enfance !



Maison de l'Enfance
« Marcelle Robineau »
24 Rue Gatelot
89250 SEIGNELAY
☎ 03.86.47.34.16

Cadre
Réservé
A la
Maison de l'Enfance

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année scolaire

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON : FILLE :

TAILLE : POIDS :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et est valable pour l'année en cours. N'oubliez pas de nous signaler tous changements éventuels concernant l'état de santé de votre enfant durant l'année.

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					

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE POUR LES VACCINS DEMANDES.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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.

Tournez SVP →

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES ET SUIV IL UN TRAITEMENT :

- ASTHME Oui Non ALIMENTAIRES Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication le signaler)**.

.....
.....
.....
.....

L'enfant présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

- Oui Non

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ...etc...

.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

 Tél fixe Portable :: Bureau

N° sécurité sociale **obligatoire** dont dépend l'enfant).....

Nom , commune de résidence et téléphone du médecin traitant.....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant. .

Date :

Signature :

Fiche de renseignements



Maison de l'Enfance
Marcelle Robineau
24 rue Gâtelot 89250 Seignelay
Tél : 03.86.47.34.



L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU :

NATIONALITE : SEXE : M F

Cadre
réservé
à la
Maison
de l'Enfance

LA FAMILLE

MERE : Responsable de l'enfant oui non (Rayer la mention inutile)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

EMPLOYEUR : Tél employeur :/...../...../...../.....

PERE : Responsable de l'enfant oui non (Rayer la mention inutile)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

EMPLOYEUR : Tél employeur :/...../...../...../.....

Pour les familles recomposées merci d'indiquer les renseignements concernant le conjoint si la personne est susceptible de venir chercher l'enfant.

CONJOINT : Beau père Belle mère (Rayer la mention inutile)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

EMPLOYEUR : Tél employeur :/...../...../...../.....

Merci de nous indiquer ou de nous fournir les informations complémentaires que vous jugerez utiles concernant la situation familiale de l'enfant : (Divorce/Séparation/Jugement de justice concernant la garde de l'enfant)

.....

.....

.....

.....

Tournez SVP



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS OBLIGATOIRES

N° SECURITE SOCIALE (couvrant l'enfant) :

CAISSE DE SECURITE SOCIALE DE :

N° ALLOCATAIRE CAF :

ou N° ALLOCATAIRE MSA :

QUOTIENT FAMILIAL

(Il est indiqué sur vos documents CAF ou MSA. Il est indispensable pour la facturation)

MUTUELLE : Non Oui (précisez laquelle)

ASSURANCE /RESPONSABILITE CIVILE (couvrant l'enfant) :
.....

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

1) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

2) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

3) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

ADRESSE :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Attention : Seules les personnes inscrites sur ce document seront habilitées à venir chercher l'enfant.

Si aucune de ces personnes ne peut venir chercher votre enfant vous devez en informer le centre de loisirs et fournir un document daté du jour et signé du responsable légal attestant de l'identité de la personne qui viendra chercher l'enfant.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (si différentes des personnes habilitées à venir chercher l'enfant)

1) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

2) NOM : PRENOM :

Lien de parenté avec l'enfant :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Fiche d'inscription au centre de loisirs



Maison de l'Enfance
Marcelle Robineau
24 rue Gâtelot 89250 Seignelay
Tél : 03.86.47.34.16



L'ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU :

NATIONALITE : SEXE : M F

Cadre
réservé
à la
Maison
de l'Enfance

LE MERCREDI

Tous les mercredis Occasionnellement

Plusieurs formules vous sont proposées : (Cochez la formule souhaitée)

Matin Matin avec repas Après-midi Repas et après midi

Journée sans repas Journée avec repas Cela peut varier

Attention : En cas de fréquentation occasionnelle, vous avez jusqu'au mardi 10h maximum pour nous signaler l'inscription de votre enfant.

POUR LES VACANCES SCOLAIRES :

Février Pâques Juillet Août Toussaint Je ne sais pas encore

Une fiche d'inscription est distribuée avant chaque période de vacances scolaires à l'école primaire et maternelle de Seignelay, en Mairie de Seignelay, aux accueils périscolaires de Beaumont et du Mont St Sulpice et postée sur le site internet de la commune de Seignelay www.seignelay.fr

Je soussigné(e) Monsieur , Madame sollicite une inscription
Pour les accueils centre de loisirs de la Maison de l'Enfance pour mon enfant : Nom :
.....Prénom.....et l'autorise à participer aux animations proposées.

J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et en accepte les conditions.

Fait à Seignelay le :

Signature :