

Site de :



**Pour les parents séparés : 1 seul parent facturé = 1 dossier
2 parents facturés = 2 dossiers**

Enfant(s) à inscrire :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Classe	Cochez la ou les cases correspondantes				
					Accueil matin	Accueil midi & restauration	Accueil Soir	Année scolaire complète	Inscriptions Ponctuelles

Responsable légal 1 : Père – Mère – Tuteur (rayez les mentions inutiles)

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

Email obligatoire (pour inscription via le portail famille) :

Nom et Adresse de l'Employeur :

Responsable légal 2 : Père – Mère – Tuteur (rayez les mentions inutiles)

Nom : Prénom :

Adresse:

Tél. Domicile : Tél. Professionnel : Tél. Portable :

Email :

Nom et Adresse de l'Employeur.....

Précisez :

Nom de la personne à facturer :

Adresse de facturation :

Obligatoire pour une facturation au Quotient Familial (joindre impérativement l'attestation de quotient familial) :

N° CAF : Ou N° MSA : Quotient familial :

N° de sécurité sociale sous lequel est immatriculé l'enfant :

Mutuelle : N° Mutuelle :

Assurance responsabilité Civile et Garantie Accident de la vie : N° Contrat :

Personnes à prévenir autres que les parents (Obligatoire)	Numéro de téléphone, Ville (Obligatoire)
Autres personnes habilitées à reprendre les enfants (Obligatoire)	Numéro de téléphone, Ville (Obligatoire)

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et s'engage à respecter toutes les clauses.

Fait à, le/...../.....

Signature des responsables légaux

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1. Enfant	
	NOM :	
	PRENOM :	
	DATE DE NAISSANCE :	
	GARCON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Veillez joindre la photocopie des vaccins si vous êtes une nouvelle famille où s'il y a eu des changements au cours de l'année précédente

2. Vaccinations

VACCINS	O U I	N O N	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS AUTRES	DATE
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Coqueluche					
Ou Tétracoq					
Méningocoque					
Hépatite B					
R.O.R.					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, veuillez joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : Le vaccin Anti-Tétanique ne présente aucune contre-indication

3. Renseignement médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant 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 donné sans ordonnance.

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

RUBEOLE 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"/>	RHUMATHISME ARTICULAIRE AIGÛ 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"/>	AUTRES :

ALLERGIES :

- ASTHME oui non précision et cause :
- MEDICAMENTEUSES oui non précision et cause :.....
- ALIMENTAIRES oui non précision et cause :.....
- AUTRES (pollen, animaux) oui non précision et cause :.....

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4. Recommandations utiles des parents

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

Précisez

5. Documents

- Le N° allocataire CAF ou MSA (merci de fournir votre attestation de quotient familial)
- Le justificatif d'assurance de responsabilité civile de l'année 2023-2024
- La photocopie du carnet de santé pour les vaccins
- Le contrat de prélèvement et le mandat Sepa Si vous souhaitez mettre en place le prélèvement pour vos factures
- La photocopie de votre rib
- Le formulaire dûment rempli

L'ensemble des documents, pourront être remis **au plus tard le 31/07/23**

Attention les dossiers incomplets ne seront pas traités.

6. Responsable de l'enfant

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél fixe : Tél portable : Bureau/travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Ce dossier peut être utilisé pour accéder aux activités du centre de loisirs de Pontigny : Oui Non

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

Date : Signature :