

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
A L'ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE
EN ELEMENTAIRE**

Nom et prénom..... **Date de naissance**.....

Ecole fréquentée **classe** (à la rentrée de sept. 2020)

Dans un souci de sécurité et de responsabilité, les jours de fréquentation indiqués sur ce formulaire doivent être respectés et tout changement doit être signalé au Service Enfance Jeunesse au plus tard le jeudi de la semaine précédente par téléphone au 03.86.42.01.90 ou par mail à periscolaire@ville-avallon.fr

		lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	Occasionnel *
Accueil du matin De 7h30 à 8h20							
Accueil mercredi midi De 11h30 à 12h15							
Pause méridienne (12h00/14h00) <u>avec repas</u>							
Activités périscolaires (15h45/16h45)							
Accueil du soir	Accueil après midi De 16h45 à 17h15						
	Aide aux devoirs (16h45-17h00/18h00)						
	Accueil du soir De 18h00 à 19h00						

➤ **Type de repas** : normal sans porc P.A.I sans viande

➤ **Autorise mon enfant à partir seul du périscolaire:**

oui non

➤ **Autorise la prise de photos de mon enfant** (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant.

oui non

➤ **Autorise la publication des photos de mon enfant** sur le site internet, les réseaux sociaux ou les journaux.

oui non

➤ **Autorise la pratique d'activités à l'extérieur** de la structure de l'accueil de loisirs périscolaire (gymnase, terrain de sport...) ainsi que le déplacement en bus ou à pieds, dans le cadre de nos activités.

oui non

Personne (s) majeure (s) à contacter en cas d'urgence et habilitée (s) à venir chercher l'enfant :

Nom et prénom : ☎

Nom et prénom : ☎

Date et signature du responsable légal :

FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles et sera transmise au personnel assurant l'accueil de votre enfant

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT (Nom et prénom)

Adresse

.....

☎: domicile travail portable.....

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (Nom, adresse, tél.)

.....

VACCINATIONS : (obligatoire)

Fournir la photocopie du carnet de vaccination

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

<u>HANDICAP</u>	OUI	NON	Commentaires
Enfant en situation de handicap			
Enfant bénéficiaire de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)			
P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours			

ALLERGIES :

Alimentaire OUI NON

Asthme OUI NON

Médicamenteuse OUI NON

Autres

fournir obligatoirement le justificatif médical

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS A PRENDRE.**

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (votre enfants porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc... préciser)

.....

.....

EN CAS D'URGENCE : **AUTORISE** le personnel à prendre les mesures médicales d'urgence et si nécessaire un transport vers l'hôpital NON OUI

Date et signature :