

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

**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 *
<b>Accueil du matin</b> De 7h30 à 8h35						
<b>Accueil du midi</b> De 11h45 à 12h15						
<b>Pause méridienne</b> (11h45/13h45) avec repas						
<b>Activités périscolaires</b> (16h/17h)						
<b>Accueil du soir</b> De 17h à 18h15						

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

➤ **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

<b><u>HANDICAP</u></b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Commentaires</b>
Enfant en situation de handicap			
Enfant bénéficiaire de l'NFANT 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 :**