



**ATELIERS (TAP)
INSCRIPTIONS ENFANTS
ANNEE 2015 - 2016**

ENFANTS

(Indiquer tous vos enfants à votre charge)

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT SCOLAIRE

SITUATION DE FAMILLE

Marié (e) Union Libre Séparé (e) Divorcé (e) Célibataire Veuf (ve) Pacsé (e)

REPRESENTANT 1	REPRESENTANT 2
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	Autre (préciser) :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :
VILLE :	VILLE :
Tél fixe :	Tél fixe :
Tél portable :	Tél portable :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél travail :	Tél travail :
Droit à une aide Comité d'entreprise <input type="checkbox"/>	Droit à une aide Comité d'entreprise <input type="checkbox"/>
N° de Sécurité sociale couvrant l'enfant :	N° de Sécurité sociale couvrant l'enfant :
Nom de la mutuelle Régime complémentaire	Nom de la mutuelle Régime complémentaire
Email :	Email :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOMS	PRENOMS	QUALITE	TELEPHONE

Etablissement d'Hospitalisation : Tél :

Médecin traitant : Tél :

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT OU LES ENFANTS

NOMS	PRENOMS	QUALITE	TELEPHONE

AUTORISATIONS COMPLEMENTAIRES

AUTORISATIONS (Entourez OUI ou NON)		
Autorise mon enfant à rentrer seul du centre :	OUI	NON
Mon enfant reste en garderie périscolaire après les Ateliers	OUI	NON
Autorise mon enfant à utiliser le car dans le cadre des activités :	OUI	NON
Autorise également le Responsable de l'Accueil de Loisirs à utiliser les photos prises au cours de l'année 2015-2016. Ceci pour publication d'expositions, presse, etc., je m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela.	OUI	NON

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'un de vos enfants 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 et la notice). Aucun médicament ne sera être pris sans ordonnance.

L'un de vos enfants présente-t-il des signes d'ALLERGIES :

ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRECISEZ SON PRENOM, LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIES, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATIONS, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE.**

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

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...
PRECISEZ.

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

Je soussigné,responsable légal de l'enfant ou des enfants, 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 l'enfant.

Je certifie sur l'honneur que les informations portées sur ce document sont exactes.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable

--