

Accueil de loisirs : Maternel

ENFANT	ADRESSE :
Nom :
Prénom :
Date de Naissance :
Garçon <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/>

PERE	MERE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
Téléphone :	Téléphone :
Profession :	Profession :
Adresse de l'employeur :	Adresse de l'employeur :
.....
Téléphone :	Téléphone :

Enfant accueilli chez un tiers en qualité de:		
Nom-Prénoms :	Tél fixe :	Tél port :
Adresse.....		
.....		
Est autorisé à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Numéro de sécurité sociale :	
Assurance Responsabilité Civile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui laquelle :

Personnes à prévenir et autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'accident ou de maladie (si les parents ne sont pas joignables)	
Nom :	Prénom :
Nom :	Prénom :

Vaccin obligatoire	
DT Polio : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date dernier rappel :

Renseignements médicaux concernant l'enfant	
➤ L'enfant suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
➤ L'enfant bénéficie t- il d'un PAI (projet d'accueil individualisé pour pathologies diverses : allergies alimentaires, respiratoires, dermatiques, autres spécificités médicales)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Pour établir un PAI (projet d'accueil individualisé)
Prendre contact avec le directeur de l'école et le médecin scolaire) ou secteur loisirs : 01.49 60 28 92 ou 01 49 60 26 36

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS PAI

Documents à fournir

Photocopie du carnet de vaccination et du livret de famille, assurance scolaire et jugement en cas de séparation,

Nom et N° de téléphone du médecin traitant :

Autres renseignements :

.....
.....◇.....**AUTORISATIONS**

Je soussigné (noms et prénoms du ou des responsables)

.....

- Autorise la direction de l'accueil de loisirs à recourir aux services de secours (pompiers, Samu, médecin..) et autorise la pratique de tous les examens, investigations et interventions nécessitées par son état y compris l'anesthésie pour mon enfant en cas d'urgence, puis à le ramener à l'accueil de loisirs le cas échéant.
- Autorise oui non à photographier ou filmer mon enfant et à diffuser ces documents dans les publications, expositions, manifestations publiques ou site Internet réalisés par la ville et ses services.
- Autorise oui non mon enfant à utiliser les transports en commun.
- Autorise oui non mon enfant à participer aux sorties à Paris.

Ivry, le

Signatures du ou des responsables

Restauration – Accueil de loisirsRestera à la restauration : oui nonAccueil du soir : oui non

Accueil du matin : (uniquement en périscolaire et vacances)

 oui nonVotre enfant mange-t-il de la viande de porc ? oui non**Personnes autorisées à venir chercher mon enfant :**

Nom-Prénoms : Tél fixe : Tél port :

Nom-Prénoms : Tél fixe : Tél port :

Nom-Prénoms : Tél fixe : Tél port :

Nom-Prénoms : Tél fixe : Tél port :

Nom-Prénoms : Tél fixe : Tél port :

Nom-Prénoms : Tél fixe : Tél port :

Personnes mineurs autorisées à venir chercher mon enfant :**Confier un enfant à un autre mineur peut s'avérer dangereux, la municipalité décline toute responsabilité en cas d'accident.**

Nom-Prénoms : Tél fixe : Tél port :

Nom-Prénoms : Tél fixe : Tél port :

Ivry, le

Signatures du ou des responsables