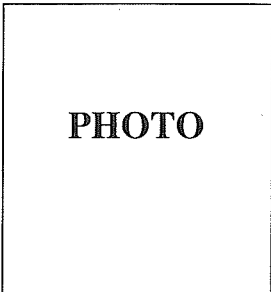


**FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2019/2020
CENTRES DE LOISIRS MATERNELS D'AUBERVILLIERS**



NOM DU CENTRE DE LOISIRS :

CLASSE : Taux de participation individualisé (tarif cantine) :

- PETIT MOYEN GRAND
 ELEMENTAIRE (Accueil matinal uniquement)

L'ENFANT

NOM :		Prénom :	
<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	Date et lieu de naissance : / / à		
N° SECURITE SOCIALE sous lequel est déclaré l'enfant <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Clé <input type="text"/> <input type="text"/>			
Adresse Complète :			
Téléphone domicile :			
Portable mère :		Portable père :	

Parents ou responsables légaux	Parent 1	Parent 2
NOM et Prénom		
Situation de famille <input type="checkbox"/> couple <input type="checkbox"/> parents divorcés, séparés <input type="checkbox"/> garde alternée <input type="checkbox"/> autre à préciser :	Personne(s) ayant la garde de l'enfant : Nom : Prénom : Nom : Prénom : Pour toute situation particulière, merci de joindre la photocopie des documents officiels	
Profession		
Horaires de travail		
Téléphone au travail		
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		

Personne(s) autorisée(s) à prendre mon enfant, pendant l'année, aux heures officielles de sorties du CLM

Pour des raisons de sécurité, une pièce d'identité sera demandée à la/aux personne/s désignée/s

Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	
Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	
Nom :	Prénom :	Lien de parenté :
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	

Si personne mineure (moins de 18 ans)

Nom : **Prénom :** **Âge :**
Lien de parenté : **Téléphone portable :**

Je soussigné/e / Nous soussignons, Mr et/ou Mme autorise/ons la dite personne à prendre mon/notre enfant et décharge la direction de toute responsabilité après la sortie du centre.

Signature(s) du responsable légal : Monsieur : **Madame :**

LA FRATRIE

Nom/prénom des frères et sœurs	Date de naissance	Ecole et Classe

AUTORISE mon enfant à participer aux activités qui se déroulent dans les locaux du centre, ainsi qu'à celles réalisées à l'extérieur (piscine, cinéma, gymnase, forêt, ...)

AUTORISE la direction du centre de loisirs à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant (secours, hospitalisation)

AUTORISE le centre de loisirs à prendre des photos et films lors des activités et à la publication gracieuse de l'image de mon enfant pour les supports de communication du/des Centre/s de Loisirs Maternel/s

JE N'AUTORISE PAS

ATTESTE avoir pris connaissance du règlement intérieur des Centres de Loisirs Maternel, remis lors de l'inscription

Merci de nous tenir informés pour tout changement de situation ou/et de coordonnées.

Je/nous soussigné/e/ons, responsable/s de l'enfant, déclare/ons exact les renseignements figurant sur cette fiche.

Date : **NOM et Prénom :** **Signature :**

NOM et Prénom : **Signature :**

L'inscription au centre de loisirs maternels entraîne un traitement numérique, nécessaire à la gestion du CLM et à la facturation des personnes qui en utilisent les services. Selon le Règlement Général de Protection des Données en date du 25 mai 2018, vous pouvez demander à consulter ou à obtenir communication des données selon les modalités décrites dans la rubrique CNIL du site de la Ville (www.ville-aubervilliers.fr).

2019 / 2020 FICHE SANITAIRE A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Veillez-vous munir du carnet de santé de l'enfant lors de la visite chez le médecin

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

L'ENFANT PORTE UN APPAREIL (auditif, dentaire, lunettes, ...) ; si oui, lequel :

Information(s) particulière(s), (ex. : à retirer dans la cour, etc.) :

VACCINS :

A jour du DT Polio : OUI NON A jour du BCG : OUI NON

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

Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle Coqueluche Scarlatine

L'ENFANT EST CONCERNE PAR UN Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Si oui, préciser ; nature de l'allergie :

Ou/et nature de la pathologie (ex. : asthme) :

Ou/et intolérance alimentaire :

JOINDRE UNE COPIE DU PAI

L'ENFANT A DEJA ETE HOSPITALISE / OPERE POUR (quelle(s) raison(s)) **EN** (préciser l'année) :

AUTRE(S) OBSERVATION(S) CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

TELEPHONE :

DATE DE LA VISITE :

Cachet et signature du médecin :