

N° | | | | | | |

VILLE D'ÉPINAY-SUR-SEINE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

PHOTO RÉCENTE OBLIGATOIRE

(- 3 mois)

ÉCOLE FRÉQUENTÉE :

.....

Écoles et loisirs :

PAI: OUI [ ] NON [ ]

CENTRES DE LOISIRS MATERNELS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET D'AUTORISATION DE SORTIES

À remettre obligatoirement à l'équipe d'animation

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT : ..... Garçon [ ] Fille [ ]

DATE DE NAISSANCE : | | | | | | | |

ADRESSE : .....

RESPONSABLE LÉGAL À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Situation familiale : Marié(e) [ ] Pacsé(e) [ ] Vie maritale [ ] Célibataire [ ] Divorcé(e) [ ] Autres [ ]

Nom et prénom de la mère .....

Profession : ..... Employeur : .....

Personnel | | | | | | | |

Travail | | | | | | | |

Portable | | | | | | | |

@ Mail : .....

Nom et prénom du père .....

Profession : ..... Employeur : .....

Personnel | | | | | | | |

Travail | | | | | | | |

Portable | | | | | | | |

@ Mail : .....

LES PARENTS ET LES PERSONNES AUTORISÉES DOIVENT ÊTRE TOUJOURS MUNIES D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ

Inscrire les personnes autorisées :

Nom et prénom .....

(lien de parenté).....

Personnel | | | | | | | | Portable | | | | | | | |

Nom et prénom .....

(lien de parenté).....

Personnel | | | | | | | | Portable | | | | | | | |

Nom et prénom .....

(lien de parenté).....

Personnel | | | | | | | | Portable | | | | | | | |

Nom et prénom .....

(lien de parenté).....

Personnel | | | | | | | | Portable | | | | | | | |

Nom et prénom .....

(lien de parenté).....

Personnel | | | | | | | | Portable | | | | | | | |

Partie réservée CLM
O 1re .....
O 2e .....
O 3e .....

## PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE

VACCINS OBLIGATOIRES	DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DERNIER RAPPEL
DT POLIO :  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _	_ _   _ _   _ _ _ _ _ _	Hépatite B	_ _   _ _   _ _ _ _ _ _
		Rubéole - Oreillons - Rougeole	_ _   _ _   _ _ _ _ _ _
BCG :  _ _   _ _   _ _ _ _ _ _		Autre : .....	

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES (si non rayez la case SVP) ?**

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
---------	-----------	--------	-----------------------------------	------------	------------	-------	----------	-----------

**Si votre enfant présente une allergie alimentaire ou médicale,  
le PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) est obligatoire**

Partie réservée à l'inscription	PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>					
	Alimentaire		Asthme		Autres	
	Précisez : .....		Précisez : .....		Précisez : .....	
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<b>Partie réservée CLM</b>						

***Lorsque le centre de loisirs est regroupé dans une autre école,  
il vous appartient d'acheminer vous-même le traitement sur le centre ouvert  
et de le récupérer à la fin des vacances.***

Contre-indication médicamenteuse.....

**Alimentation :**      avec porc       sans porc

**❖ J'ACCEPTÉ LES CONDITIONS SUIVANTES ET J'AUTORISE MON ENFANT**

- à pratiquer l'activité piscine OUI  NON
- à participer à toutes les sorties (car et pédestre)  
et à utiliser les jeux mis à sa disposition dans les parcs de loisirs OUI  NON
- à être photographié, filmé et être représenté sur les supports municipaux  
destinés aux expositions locales pour une durée indéterminée OUI  NON

**❖ J'AUTORISE LA DIRECTION DES CENTRES DE LOISIRS MATERNELS**

- à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

**J'AI PRIS CONNAISSANCE DE L'IMPRIMÉ « MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE LOISIRS MATERNELS » ET DU RÈGLEMENT DE LA CAISSE DES ÉCOLES.**

*Date et signature des parents*

*Cachet Caisse des écoles*