

PHOTO  
 RÉCENTE  
 OBLIGATOIRE

(- 3 mois)

**VILLE D'ÉPINAY-SUR-SEINE**  
**DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE**

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* .....

☎ Personnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    📞 Portable [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

*NOM et Prénom* .....

☎ Personnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    📞 Portable [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

*NOM et Prénom* .....

☎ Personnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    📞 Portable [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

*NOM et Prénom* .....

☎ Personnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    📞 Portable [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

*NOM et Prénom* .....

☎ Personnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    📞 Portable [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Partie réservée**  
**C.L.M.**

1<sup>ère</sup> .....

2<sup>ème</sup> .....

3<sup>ème</sup> .....

## 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"/>
Partie réservée CLM						

*Lorsque le centre de loisirs a 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*