

VILLE D'ÉPINAY-SUR-SEINE
DIRECTION DEPARTEMENTALE 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^{ère}

2^{ème}

3^{ème}

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