

Fréquentation de votre enfant au sein de l'accueil de loisirs :

❶ Si votre enfant participe de façon **régulière** aux activités organisées par le Service Enfance, cochez les différents créneaux proposés ci-dessous :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Mercredi	
Accueil du matin avant la classe					Matin	
Animation midi sans repas					Repas	
Repas midi					A.Midi	
Etude (aide aux devoirs)						
Animation soir						

Toute modification d'une inscription régulière devra impérativement se faire par courrier adressé au responsable du Service

❷ Vous souhaitez inscrire votre enfant de façon **irrégulière**, ceci se fera sous réserve des places disponibles. Pour ce faire, cochez la case plannings, et communiquez-nous la fréquentation de celui-ci à l'aide du tableau d'inscription ci-joint.

Plannings

Les inscriptions s'effectueront en fonction des places disponibles. Toute réservation est due si elle n'est pas décommandée le jeudi de la semaine précédente dernier déla.

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) responsable légal, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le centre de loisirs.

J'autorise le Directeur du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à, le

Signature des parents :
(Faire précéder de la mention "Lu et Approuvé")

Renseignements auprès du Chef de Service :

MOEGLIN Clément
Service Enfance
1A, rue du Haut-Barr
67450 MUNDOLSHEIM
☎ : 03.88.81.97.66
enfance.clement@mundolsheim.fr
enfance.guilaine@mundolsheim.fr



DOSSIER D'INSCRIPTION
Année scolaire 2010 / 2011

(dossier à rendre dûment complété et signé au plus tard le 1^{er} juillet)

CONDITIONS D'ACCUEIL :

- ✓ L'enfant doit avoir 3 ans révolus et être scolarisé le jour de la première admission.
- ✓ L'admission se faisant en fonction des places disponibles, la priorité sera donnée aux enfants inscrits de manière régulière, domiciliés et scolarisés à Mundolsheim et dont les deux parents exercent une activité professionnelle.

Je soussigné(e) inscrit mon enfant :

NOM	Prénom	Date de naissance	Age	Classe	Nom de l'école

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ domicile : Adresse E-Mail :

N° allocataire C.A.F. :

- Régime Général et fonctionnaires Mutuelle Sociale Agricole Autres régimes (EDF/GDF, SNCF, RATP)

Situation familiale : Marié Célibataire Divorcé Vie en couple Autre

	MERE	PERE
NOMS et prénoms		
☎ portable		
Employeurs		
☎ professionnel		
Montant de l'imposition 2009 (cadre réservé à la direction du Service)	€	€

Documents et autorisations à fournir avec le dossier : (*cadre réservé à la direction du Service*)

- ❶ Attestation d'assurance extra scolaire fournie : oui non
- ❷ Avis d'imposition 2009 à rendre au plus tard le 30 septembre fourni : oui non
- ❸ Fiche sanitaire (cf pages suivantes) accompagnées des vaccinations de l'enfant à jour complète : incomplète :
- ❹ « Jugement de divorce » pour les familles concernées fournie : oui non

- J'autorise le transport de mon enfant par le Service
- Je refuse la diffusion (journaux, télévision) de films ou photographies concernant mon enfant
- J'autorise mon enfant à rentrer seul
- J'autorise les personnes ci-dessous à chercher mon enfant :

NOM	Prénom	Qualité	Téléphone



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

5 - REGIMES ALIMENTAIRES

Afin de respecter vos différences de régimes alimentaires, veuillez nous préciser si votre enfant consommera des repas :

- sans porc
- végétarien

6 - ALLERGIES ET P.A.I.

Si votre enfant présente une allergie, nous l'accueillerons **UNIQUEMENT** si un Protocole d'Accueil Individualisé est mis en place entre un médecin, la famille et les structures d'accueil.

Cette procédure précise les risques, les médicaments, les doses, les temps d'administration, ainsi que l'ensemble des manipulations à suivre pour la santé et le bien être de votre enfant.

7 - Médecin traitant à prévenir en cas d'accident ou de maladie D^r :
 ☎ :