



LESCAR

Inscriptions 2020-2021

Compte citoyen

Fiche individuelle

Renseignements sur l'enfant ou l'adulte qui souhaite s'inscrire :

Nom :
Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :
Ville de naissance :
Rang dans la fratrie : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Autre :
Nom du responsable légal :

Scolarité :

Classe : Ecole fréquentée :

Restauration scolaire :

Fixe (tous les) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Occasionnelle

Accueil périscolaire :

Matin (7h30-8h30) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Midi (11h45-12h15) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Soir (16h30-18h30) : Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant en dehors du responsable légal (minimum une personne) :

Nom, prénom, téléphone :

Accueil de loisirs sans hébergement : enfance et jeunesse -Sports - Danse - Cirque - Musique - Espace social et créatif des Activités de Loisirs et d'Echanges « ESCALE »

Activité 1 : Activité 2 :

Activité 3 : Activité 4 :

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant en dehors du responsable légal (minimum une personne) :

Nom, prénom, téléphone :

Fiche santé et assurance (renseignements sur l'enfant ou l'adulte qui souhaite s'inscrire) :
Régimes alimentaires :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PAI alimentaire | <input type="checkbox"/> PAI (fourni par la famille) | <input type="checkbox"/> PAI non alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Sans arachide | <input type="checkbox"/> Sans œuf | <input type="checkbox"/> Sans poisson |
| <input type="checkbox"/> Végétarien annuel (sans viande) | | <input type="checkbox"/> Végétarien ponctuel (sans porc) |

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Hospitalisation :

Nom : Téléphone :

Autorisation d'hospitalisation ** : Oui Non

** J'autorise tout médecin, le cas échéant à faire pratiquer toute opération chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par mon état de santé ou celui de mon enfant mineur.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Téléphone :

Vaccinations : A ne compléter que pour l'Accueil de Loisirs

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> BCG - Monotest | Date dernier rappel : |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite | Date dernier rappel : |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B | Date dernier rappel : |
| <input type="checkbox"/> Méningite | Date dernier rappel : |
| <input type="checkbox"/> Rougeole Oreillons Rubéole | Date dernier rappel : |

Maladies contractées :

Allergies contractées :

- Asthme Alimentaire Médicamenteuse

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, etc.) et précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, etc.) :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
Date et signature du responsable légal :