

**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 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature : .....

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....

REPÈRE 01 04 0300



**RENSEIGNEMENTS :**

**COMMUNAUTE DE COMMUNES ALBERES COTE**

**VERMEILLE ILLIBERIS :**

Pôle Enfance Jeunesse

Chemin de Charlemagne BP 90103

66700 ARGELES-SUR-MER

[www.cc.alberes-cote-vermeille-illiberis.fr](http://www.cc.alberes-cote-vermeille-illiberis.fr)

TEL : 04.68.95.21.99

**DOSSIER D'INSCRIPTION DE L'ENFANT**

**PERISCOLAIRE ET/OU EXTRASCOLAIRE 2017/2018**

Maternelle

Primaire

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le / / à ..... Age : .....

Ecole : .....

Commune : .....

Classe : .....

La famille perçoit-elle une AEEH (allocation éducation de l'enfant handicapé)  oui  non

Exercice autorité parentale conjointe :  OUI  NON

Garde Alternée :  OUI  NON

Nom de la compagnie d'assurance Extrascolaire : .....

Numéro d'Assurance .....

J'autorise mon enfant à quitter SEUL le centre :  OUI  NON

Heure de départ : .....

Je souhaite que mon enfant fasse la sieste :  OUI  NON (Maternelle uniquement)

**IL EST VIVEMENT RECOMMANDE AUX FAMILLES D'ACCOMPAGNER LES ENFANTS LE MATIN ET L'APRES-MIDI AUPRES DE L'ANIMATEUR RESPONSABLE DE L'ACCUEIL ET D'ETRE PRESENT AUX ARRETS DE BUS POUR LES ENFANTS TRANSPORTES.**

**Droit à l'image :** Donne l'autorisation de diffuser les photographies de mon enfant prises dans le cadre des animations du service enfance/jeunesse, pour des articles de presse, expositions, journal du centre, etc. :  OUI  NON

NE PAS JETER SUR LA VOIE PUBLIQUE

