

## Accueil de Loisirs d'Automne de Neuville Saint Vaast

**L'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ fille  garçon

**Adresse :**

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Régime alimentaire particulier :**
**Parents :**

Mère

Père

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'enfant)

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

CAF de : \_\_\_\_\_

N° allocataire : \_\_\_\_\_

QF : \_\_\_\_\_

 L'enfant peut-il repartir seul chez lui ? OUI  NON 

Si non, avec qui peut-il repartir : \_\_\_\_\_

 J'autorise la parution des photographies de mon enfant durant l'accueil OUI  NON 
**Tarifs :**
**Forfait semaine 5 jours**

		QF < 750€	QF > 750€
Habitant sur la commune	1 enfant	30,00 €	35,00 €
	2 <sup>e</sup> enfant	27,00 €	33,00 €
	3 <sup>e</sup> enfant	24,00 €	30,00 €
Extérieur à la commune	1 enfant	60,00 €	70,00 €
	2 <sup>e</sup> enfant	54,00 €	66,00 €
	3 <sup>e</sup> enfant	48,00 €	60,00 €
Repas à l'unité		4,29 €	
Garderie à la séance		1,20 €	

**Inscription**
**Cantine**

Semaine	Oui	Non	Oui	Non
Semaine 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations particulières : \_\_\_\_\_

Mode de paiement :

Chèque

Espèce

Payé le : \_\_\_\_\_

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

Fait à : \_\_\_\_\_

Signatures des parents : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

# Information de santé

## Vaccinations :

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

## 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  MEDICAMENTEUSE oui  non   
  
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
 .....

## Difficultés de santé :

Précisez les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

## Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc... précisez.

.....  
 .....

## Observations complémentaires :