

# SERVICE ENFANCE JEUNESSE

Fiche d'inscription 2019/2020

Période de Validité : du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 31 août 2020



*L'Enfant*

Nom: .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_ / \_ / \_



**Centre de loisirs  
de Bizanos**  
Avenue de l'Europe  
64320 BIZANOS  
Tel : 05.59.82.52.65.  
Mail : alsh@ville-bizanos.fr

Mairie de Bizanos



Service  
Interclasse

CLASSE : ..... ENSEIGNANT(E) : .....  
ETABLISSEMENT : .....

	<u>PERE</u>	<u>MERE</u>
Nom	.....	.....
Prénom	.....	.....
Adresse	..... ..... .....	..... ..... .....
CP	.....	.....
Ville	.....	.....
Profession	.....	.....
N° ☎ Domicile	.....	.....
N° ☎ Portable	.....	.....
N° ☎ Travail	.....	.....
Adresse @ mail	.....	

Numéro d'allocataire CAF .....

## ALIMENTATION

**Repas Standard**

OUI  NON

**Repas PAI (Protocole Accueil Individualisé)**

OUI  NON (joindre certificat médical)

**Régime Végétarien**

OUI  NON

**Repas Végétarien ponctuel**

OUI  NON

Réservé à l'administration  Les deux fiches  Attestation d'assurance  Certificat médical  Copie des vaccinations  Copie du livret de famille  Un justificatif de domicile  Une photographie  Complet

## ASSURANCE

(Merci de bien vouloir joindre l'attestation Responsabilité civile ou extra-scolaire)

CIE D'ASSURANCE ----- N° CONTRAT -----

### VACCINS OBLIGATOIRES

(se référer au carnet de santé ou au(x) certificat(s) de vaccination de l'enfant).

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date dernier rappel	Nom du vaccin
Diphtérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
Ou DT Polio				

Si l'enfant n'a pas le vaccin obligatoire, (DT Polio) joindre un certificat médical de contre-indication.

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et N° ☎ du médecin de famille (ou pédiatre) :

.....

### Allergies:

- ASTHME  NON  OUI Précisez.....
- ALIMENTAIRE  NON  OUI Précisez.....
- MEDICAMENTEUSES  NON  OUI Précisez.....
- P.A.I.  NON  OUI Précisez.....
- AUTRES.....

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

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### RECOMMANDATIONS DES PARENTS:

**Si vous souhaitez nous informer de problèmes particuliers concernant votre enfant :**

.....

.....

.....

.....

.....

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

Date

Signature