



Service Enfance-Jeunesse Lillers

DOSSIER D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE

20.. / 20..

PARENTS / TUTEURS / RESPONSABLES LÉGAUX (Rayer la mention inutile) :

MONSIEUR :

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
N° Téléphone FIXE : PORTABLE :
Adresse MAIL :@.....
PROFESSION :
EMPLOYEUR (Nom, Adresse et N° de
Téléphone) :

MADAME :

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
N° Téléphone FIXE : PORTABLE :
Adresse MAIL :@.....
PROFESSION :
EMPLOYEUR (Nom, Adresse et N° de
Téléphone) :



ENFANT CONCERNÉ :



NOM : PRÉNOM :
Date de Naissance : Lieu de Naissance :
Adresse (si différente de celle des parents) :

FRÈRE(S) / SOEUR(S) :

NOM : PRÉNOM :
NOM : PRÉNOM :
NOM : PRÉNOM :
NOM : PRÉNOM :
NOM : PRÉNOM :

ÉCOLE FRÉQUENTÉE (Cocher la case correspondante):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A. TELLIER | <input type="checkbox"/> R. DESNOS |
| <input type="checkbox"/> C. PERRAULT | <input type="checkbox"/> J. PREVERT |
| <input type="checkbox"/> M. PAGNOL | <input type="checkbox"/> J. BREL (Rieux) |
| <input type="checkbox"/> LES SOURCES (Manqueville) | |
| <input type="checkbox"/> A. DELEHAYE | <input type="checkbox"/> LES MOULINS (Hurionville) |
| <input type="checkbox"/> Extérieur (Lieu et Nom de l'école) | |
| <input type="checkbox"/> Classe fréquentée : PS / MS / GS / CP / CE1 / CE2 / CM1 / CM2 | |



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Année 20.. / 20..

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Vaccinations : (se référer au carnet de santé de l'enfant ou carnet de vaccinations)

Vaccins Obligatoires	OUI	NON	Date du dernier Rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
OU DT Polio			
OU Tétratoq			
BCG			

Vaccins Recommandés	OUI	NON	Date du dernier Rappel
Hépatite B			
Rubéole- Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
Méningite			
Varicelle			
Autre (préciser)			

- 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

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence aux Accueils Collectifs de Mineurs ? 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.

À titre indicatif : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	YOYOS
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

Allergies : ASTHME

OUI

NON





Service Enfance-Jeunesse Lillers

Autorisation parentale

Madame, Monsieur, mère, père ou tuteur légal de l'enfant

- Autorise le (la) directeur (trice) de l'Accueil de Loisirs à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les sorties (accueils péri ou extrascolaires) et à voyager (bus, train, vélo, fourgonnettes etc....) dans le cadre des sorties.
- Autorise mon enfant à participer aux sorties « baignades »*.

Mon enfant : sait nager
 ne sait pas nager

Un test d'aisance aquatique ou test anti-panique sera exigé

- Atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport pour mon enfant.
- Donne à la Ville de Lillers l'autorisation de prendre mon enfant en photographie et/ou de le filmer.
- Donne à la Ville de Lillers l'autorisation de publier et diffuser la (les) photographie (s) ou film (s) pris représentant mon enfant pour diverses publications papier et numérique.
- Ne donne pas à la Ville de Lillers l'autorisation de publier ou diffuser la (les) photographie (s) ou film (s) représentant mon enfant.

Fait à Lillers,
le.....

**Signature du père, de la mère ou
du tuteur légal**

- **Merci de mettre dans le sac de l'enfant son maillot de bain, un bonnet de bain, une serviette de bain, un peigne ainsi qu'un gel douche, le tout marqué à ses nom et prénom.**



Autorisation pour les personnes reprenant l'enfant

Je soussigné (e)(mère, père, responsable légal), autorise les personnes suivantes à reprendre mon / mes enfant (s) les jours où mon emploi du temps ne pourra me le permettre.

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	Numéro de téléphone

Fait à

Le :

Signature :



Liste des documents à fournir :

- Photocopie du Livret de Famille (parents et enfant concerné)**

- Photocopie d'un justificatif de domicile**
(facture EDF, Eaux .. de moins de 6 mois)

- Photocopie de l'avis d'imposition N-2 et/ou**
Attestation de Quotient familial (CAF) et/ou
Attestation Aide aux Temps Libres (ATL, CAF de l'année en cours)

- Photocopie du carnet de vaccinations**
(pages se situant en fin de carnet de santé de l'enfant)

- Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale**

- Photocopie de l'attestation d'assurance « Responsabilité Civile »**
de l'enfant

- Numéro d'Allocataire CAF (obligatoire) :**