

Cadre réservé à l'administration :

École : Victor Baloché La Fontaine Classe : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2
 Assurance Vaccinations Jugement PAI

Dossier reçu le

Enfant

Nom Prénom
 Né(e) le à Sexe : M F
 Adresse

Situation familiale

Célibataire Union libre Mariés Pacsés Divorcés Séparés Veuf(ve)

Famille

Responsable légal 1

Mère Père Autre

Nom d'usage

Prénom

Adresse (si différente de l'enfant)

N° Sécurité sociale / MSA

Tél. domicile

Tél. portable

Mail

Employeur

Adresse de l'employeur

Tél. professionnel

Responsable légal 2

Mère Père Autre

Nom d'usage

Prénom

Adresse (si différente de l'enfant)

N° Sécurité sociale / MSA

Tél. domicile

Tél. portable

Mail

Employeur

Adresse de l'employeur

Tél. professionnel

Photos / vidéos

Dans le cadre des activités faites sur les temps scolaires et périscolaires, des photos ou des films pourront être réalisés.

Je soussigné(e)

Autorise N'autorise pas la diffusion des photos ou vidéos de mon enfant sur les supports de communication de la Ville.

Signature

Droit à l'image

J'inscris mon enfant :

- À l'**accueil du matin**,
pas de pré-inscription nécessaire.
- À l'**accueil du soir** les jours suivants
(inscription à l'année) :
- Lundi Mardi Jeudi Vendredi

- Les **mercredis** en journée complète
(inscription à l'année)

Durant les **vacances scolaires**, inscription par flyer mis à disposition dans les ACM cinq semaines avant chaque période de vacances.

Je soussigné(e)

- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils Collectifs de Mineurs,
consultable sur www.wissous.fr.

Signature

Autorisation de sortie

Je soussigné(e)

- Autorise N'autorise pas mon enfant à quitter seul de l'ACM.

Si autorisation, préciser l'heure de sortie

Signature

Renseignements médicaux

Maladies déjà déclarées par l'enfant :

Angine	Rubéole	Coqueluche	Otite	Scarlatine	Rougeole	Varicelle	Oreillons
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

Votre enfant est-il allergique ?

- Oui Non

Si oui, quel type d'allergie :

- Alimentaire Médicamenteuse
- Autre

Informations complémentaires :

Votre enfant porte t-il :

- Lunettes Appareil dentaire
- Autre

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

Votre enfant bénéficie t-il d'un PAI ?

- Oui Non

Si oui, préciser

Médecin traitant de l'enfant :

Nom

Tél.

Je soussigné(e)

- Autorise le directeur de l'ACM, le cas échéant, à prendre toutes les mesures, hospitalisation,
intervention chirurgicale, rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Signature

Personnes autorisées à récupérer l'enfant et à prévenir en cas d'urgence

(autres que les responsables légaux)

Nom Prénom Lien de parenté Tél.

Nom Prénom Lien de parenté Tél.

Nom Prénom Lien de parenté Tél.

Nom Prénom Lien de parenté Tél.

Nom Prénom Lien de parenté Tél.