

ACCUEIL LOISIRS ARS EN RE

BULLETIN INDIVIDUEL D'INSCRIPTION

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

RESPONSABLES LEGAUX

Nom et prénom du père :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel fixe : Tel portable :

Nom et prénom de la mère :

Adresse (si différente) :

Code postal : Ville :

Tel fixe : Tel portable :

Adresse e-mail :

ACTIVITES PROFESSIONNELLES DES PARENTS

	Père de l'enfant	Mère de l'enfant
Nom de l'employeur
Adresse de l'employeur
Tel de l'employeur

N° D'allocataire à la CAF ou à la MSA :

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de police d'assurance scolaire :

Ou extra scolaire de l'enfant :

ACCUEIL LOISIRS ARS EN RE

Fiche sanitaire

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Vaccinations :

Les vaccinations de votre enfant devront être tenues à jour.
(joindre une photocopie du carnet de santé de l'enfant).

Allergies ou autres pathologies : Si OUI demander le P.A.I.

Recommandations utiles :

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

.....

Nom et n° de tel du médecin traitant :

.....

En cas d'urgence votre enfant sera immédiatement transféré vers le Centre Hospitalier de La Rochelle.

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom, prénom :

Adresse :

Tel :

Veillez nous indiquer les noms des personnes susceptibles de venir chercher votre enfant en dehors de vous-même :

-

-

-

L'enfant est il autorisé à partir seul : OUI NON

SIGNATURE