



4, Rue de L'Égalité
42360 Panissières
Tél : 04 77 28 85 63
accueildeloisirsetincelle@hotmail.fr



Enfant

NOM.....PRÉNOM.....

Date de naissanceLieux de naissance.....

HANDICAP :

RÉGIME ALIMENTAIRE :

PLACEMENT ACTUEL? OUI NON

Si non, pourquoi n'est-il pas en établissement :

Nombre de jours de garde désirés (selon le nombre d'enfants inscrits)? :

Parents

NOM DE LA MÈRE :PRÉNOM.....

NOM DU PÈRE :PRÉNOM.....

ADRESSE :

N° DE TÉLÉPHONE :

N° OU JOINDRE LES PARENTS DANS LA JOURNÉE/LIEU DE TRAVAIL) :

LA MÈRE :

LE PÈRE :

OU PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN :

N° D'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE :

COMPAGNIE :

NOM DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Vaccinations

BCG

date

DIPHTERIE-TETANOS

date

COQUELUCHE

date

POLIO

date

R.O.R

date

En cas de maladie survenant pendant le séjour de mon enfant :

NOM du médecin traitant à prévenir :

Adresse :

Téléphone :

En cas d'urgence ou d'accident, j'autorise la directrice à prendre toutes dispositions nécessaires pour le transport sur les services d'urgences ou en milieu hospitalier.

En cas d'hospitalisation, Nom et Adresse de l'établissement hospitalier de votre choix :

.....

Observations

CONTRE-INDICATIONS :

.....

TRAITEMENT EN COURS :

.....

ALLERGIE :

.....

PROBLEMES PARTICULIERS :

.....

PIECES A FOURNIR

- Carnet de santé
- Photocopie police d'assurance
- Certificat pour la pratique de la piscine

Signature du Père ou de la Mère
 précédée de la Mention « Lu et approuvé »

A.....

Le