



Accueil de Loisirs
La RUCHE
1, rue des Ecoles 78450 CHAVENAY
Tel :01.30.54.53.15



DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019

L'ENFANT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	

RESPONSABLES LEGAUX (MERE - PERE- TUTEUR)

Adresse :

PERE

Nom :	Prénom :
Date de naissance*	
Téléphone et portable	
Profession	
Téléphone professionnel	

MERE

Nom :	Prénom :
Date de naissance*	
Téléphone et portable	
Profession	
Téléphone professionnel	

* Renseignement demandé par le trésor public

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT : adulte majeur uniquement

Nom : Prénom : Tel (facultatif):

Nom : Prénom : Tel (facultatif):

Nom : Prénom : Tel (facultatif):

Nom : Prénom : Tel (facultatif):

Nom : Prénom : Tel (facultatif):

Nom : Prénom : Tel (facultatif):

Nom : Prénom : Tel (facultatif):

Nom : Prénom : Tel (facultatif):

AUTORISATION DU/DES RESPONSABLES LEGAUX

Je soussigné (e) Père - Mère -Tuteur :.....

Autorise ma fille / mon fils :.....

➤ A participer à toutes les activités de l'accueil de Loisirs, y compris la piscine et les sorties hors de la commune quel que soit le moyen de transport.

L'enfant doit il faire une sieste ?	OUI	NON
-------------------------------------	-----	-----

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

- Dans le cadre de certaines activités organisées au sein de l'accueil de loisirs nous sommes susceptibles de prendre des photos ou de filmer les enfants. Ces images pourront être diffusées essentiellement dans les locaux du centre, de la mairie, pour des articles de presse (journal de la commune...).
- Autorisez-vous votre enfant à être photographe ou filmé ? OUI - NON
- Ayant pris connaissance du règlement intérieur, je l'approuve et m'engage à le respecter.
- Je certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts.

A :.....

Le:

Signature des parents



FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS :(se référer au carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie Tétanos Poliomyélite		Hépatite B	
		R.O.R.	
		Coqueluche	
		BCG	

Nom du médecin traitant.....

Téléphone.....

Votre enfant fait-il l'objet d'un **Projet d'Accueil Individualisé** OUI NON
(Si oui fournir une photocopie du P.A.I) .

ALLERGIES : Alimentaire OUI NON Médicamenteuse OUI NON
Asthme OUI NON

Précisez la cause et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez les difficultés de santé et recommandations :

.....

.....

.....

.....

.....

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

Date :.....

Signature :



FICHE D'INSCRIPTION RUCHE 2018/2019

L'enfant :

Age :

Niveau de classe :

Accueil périscolaire : (cocher les cases correspondant aux jours de présences)

Le matin à partir de 7h30: lundi mardi jeudi vendredi

Observations :

Sera-t-il présent à la Ruche le **matin** de la rentrée (lundi 03 septembre)? : oui non

Le soir à partir de 16h30: lundi mardi jeudi vendredi

Observations :

L'étude ne démarrant que le 10 septembre vous devez inscrire votre enfant si vous souhaitez qu'il soit récupéré à 16h30 avant cette date.

Le mercredi :

Journée avec repas matin avec repas matin sans repas

Après-midi avec repas Après-midi sans repas

En cas de changement : prévenir au moins 7 jours avant.

Observations :

Les vacances : Les inscriptions pour les vacances scolaires se font, environ 5 semaines, avant le début de chaque période de vacances.

Nota :

En cas de **désistement, moins de 7 jours avant, les journées d'inscription seront facturées**, sauf absence pour raison de santé justifiée par un certificat médical, seul les frais de repas seront comptés.

Tout changement ponctuel ou définitif doit être signalé.

Signature des parents