



DOSSIER D'INSCRIPTION : 2023 /2024
Activités IFAC :
Accueil Périscolaires, Mercredis, Samedis et Vacances

Pièces à fournir pour le dossier d'inscription

- Fiche sanitaire de liaison
- Photocopie carnet de santé (pages vaccinations)
- Attestation quotient familiale CAF ou photocopie avis d'imposition
- Règlement intérieur signé



Pour tout renseignement :

VIDIL Enora : 06.50.56.31.32



FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023/24

À REMPLIR IMPERATIVEMENT PAR LA FAMILLE :

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux
qui pourront être utiles pendant les activités de votre enfant.

☀ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom, Prénom : Sexe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Classe fréquentée : Ecole:

Mail principal en lettres MAJUSCULES (obligatoire et lisible):

@

☀ PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

PERSONNE A FACTURER :

NOM :

Prénom :

Domicilié :

.....

C.P. : Ville :

Profession :

Employeur :

Tél. Domicile : / / / /

Tél. Bureau : / / / /

Tél. Mobile : / / / /

e-
m@il :

AUTRE :

NOM :

Prénom :

Domicilié :

.....

C.P.: Ville :

Profession :

Employeur :

Tél. Domicile : / / / /

Tél. Bureau : / / / /

Tél. Mobile : / / / /

e-
m@il :



IFAC Stees MARIES DE LA MER

☀ RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

N° de Sécurité Sociale :

<input type="checkbox"/> Régime Maritime RATP	<input type="checkbox"/> Régime Général ou Fonction Publique ; n° allocataire CAF :	<input type="checkbox"/> MSA, EDF, SNCF,
--	--	--

- Sait-il nager ? oui non

Personnes habilitées à venir chercher votre enfant en présentant une pièce d'identité :

Nom : ☎ : / / / /

Nom : ☎ : / / / /

Nom : ☎ : / / / /

Nom : ☎ : / / / /

☀ AUTORISATION PHOTO :

Dans le cadre des activités que nous organisons avec votre enfant, nous pouvons être conduits à réaliser quelques photographies, individuelles et de groupe, pour alimenter nos archives et agrémenter certains documents de communication du centre de loisirs. L'image de votre enfant est donc susceptible de paraître dans ses documents (presse, plaquette d'info, autres bulletins et expositions photos).

Vous n'autorisez pas la diffusion de l'image de votre enfant

☀ AUTORISATION A RENTRER SEUL :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile (cocher les jours autorisés) :

lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi

☀ VACCINATION :

Fournir photocopie du carnet de santé (pages des vaccins).

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

Injection de sérum:

Nature :

Dates :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT									
L'ENFANT A-T'-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?:									
RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISME		SCARLATINE	
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>



IFAC Ste MARIES DE LA MER

- Problème de santé (accident, maladie, allergie, rééducation, contre-indication à des activités) :

.....
.....
.....

- Régime alimentaire spécifique :

.....

- Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) doit-il être mis en place pour votre enfant :

non oui

Si OUI contactez notre service afin que l'on vous transmette le dossier PAI qui devra être à jour le 1^{er} jour d'accueil de votre enfant.

- Médecin traitant : ☎ : / / / /

✨ AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) agissant en qualité de

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'IFAC.
- Autorise le Directeur du centre, en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention jugée utile par le corps médical.
- Je m'engage à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.

Fait à,

Le

Signature