



Maison de Quartier SEVE
Multipôle St Eloi
11 boulevard St Just
86000 Poitiers
05 49 00 87 28

- Photocopies du carnet de santé
- Adhésion payée
- Carte remise
- Certificat médical

NB :
.....

FICHE D'ADHESION

ENFANCE - PASSERELLE - JEUNESSE

Pièces à fournir à l'inscription :

- numéro d'allocataire **CAF** (ou dernier **avis d'imposition** si non-allocataire)
- **carnet de santé** de l'enfant
- **certificat médical** de non-contre-indication pour les ateliers à thématique Cirque et Danse

SAISON 20 __ / 20 __

Enfant

NOM : PRÉNOM :

FILLE GARÇON DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

NUMÉRO ALLOCATAIRE **CAF** ou **MSA** (rattachement parental) :

NUMÉRO **SÉCURITÉ SOCIALE** (rattachement parental) : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ : CLASSE :

Parents / responsables légaux

GARDE PARENTALE : Conjointe Alternée Exclusive : Mère Père Autre (Tuteur,...)

→ En cas de garde alternée : merci de préciser le parent responsable de la garde de l'enfant à chaque période d'inscription.

PARENT 1 : Père Mère Tuteur

NOM PRÉNOM :

COORDONNÉES (si différentes)

ADRESSE :

☎ DOMICILE :

☎ PROFESSIONNEL :

☎ PORTABLE :

@ E-MAIL :

PARENT 2 : Père Mère Tuteur

NOM PRÉNOM :

COORDONNÉES (si différentes)

ADRESSE :

☎ DOMICILE :

☎ PROFESSIONNEL :

☎ PORTABLE :

@ E-MAIL :

→ Si les coordonnées sont différentes, merci de nous indiquer qui prend en charge les factures afférentes aux activités de l'enfant : Père Mère Tuteur

Personne(s) à contacter en cas d'absence des parents / autorisée(s) à récupérer l'enfant

NOM PRÉNOM : ☎ :

NOM PRÉNOM : ☎ :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

VACCINATIONS (apporter carnet de santé pour photocopie)

→ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication ou à défaut, de le faire dans les 3 mois suivant l'inscription.

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

NOM : ☎ :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

→ Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice, boîtes marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il des allergies ? Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON Autres (préciser) :

→ Si OUI, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

Informations et recommandations utiles des parents

L'enfant suit-il un **PAI** à l'école (Projet d'Accueil Individualisé)? OUI NON

→ Si OUI, merci de nous fournir les documents nécessaires.

L'enfant suit-il un **régime alimentaire** particulier (sans porc, végétarien,...) ? OUI NON

→ Si OUI, merci de préciser :

Merci d'indiquer les éventuelles **difficultés de santé spécifiques** (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation,...) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Si l'enfant porte des **appareillages** (lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires,...), merci de préciser et d'indiquer les précautions à prendre :

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

Afin d'accueillir l'enfant dans les meilleures conditions, merci de préciser les points suivants :

Sieste

L'enfant fait-il la sieste ? OUI NON

→ Si oui, combien de temps :

A-t-il un "doudou" ? OUI NON

Toilettes

L'enfant est-il autonome ? OUI NON

Faut-il lui demander régulièrement ? OUI NON

Repas

L'enfant mange-t-il bien habituellement ? OUI NON

→ Pour le confort de votre enfant, merci de réactualiser ces informations en cours d'année si nécessaire.

Ayant pris connaissance du Règlement Intérieur des Accueils de Loisirs SEVE :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant susnommé(e) :

Certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toute modification le cas échéant

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées et à prendre les moyens de transport utilisés pour se rendre à la Maison de Quartier SEVE et aux activités

Autorise la Maison de Quartier SEVE à reproduire et diffuser les images fixes ou animées de mon enfant, qui pourront être réalisées dans le seul cadre des activités de groupe

Autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Espace Jeunesse (dès la 6^{ème}) : Autorise mon enfant à aller et venir seul et librement sur l'Espace Jeunesse pendant les temps hors-activités et d'Accueil Libre, sous ma responsabilité. Les enfants restent sous la responsabilité des animateurs uniquement sur les temps d'activités et de sorties organisées.

Fait à le

Mention « lu et approuvé » et signature :