

LES MERCREDIS CONSTELLÉS

FICHE D'INSCRIPTION AU PÉRISCOLAIRE
6-11 ans / École Léon Dierx

LES
VACANCES
CONSTELLÉES

année Période(s) choisie(s) 1 2 3

Nom :

Prénom :


Date de naissance :

Nom et prénom des parents ou du représentant légal :

Adresse des parents pendant le séjour :

Nouvelle adhésion ? oui non date d'adhésion (mm/aaaa)

(Frais d'adhésion annuel par famille, pour les vacances et mercredis constellés, valable 12 mois à compter du mois d'adhésion : 20 €)

Régime alimentaire ? 

N° Téléphone pour vous joindre lors de l'accueil

E-mail pour vous envoyer nos informations

N° Allocataire Caf :

**Pièces à fournir
lors de la première inscription :**

Pièce d'identité de l'enfant et livret de famille
Attestation CAF quotient familial à jour
Attestation d'assurance à jour
Copie des Vaccins à jour

L'enfant doit avoir dans son sac :
Une bouteille d'eau, une casquette, des chaussures de sport, un tee-shirt usagé pour les activités manuelles.
Pour les sorties aquatiques : un maillot de bain, une serviette, de la crème solaire.

AUTORISATION PARENTALE

Nous, parents ou responsables légaux de l'enfant sommes informés que :

Tout accident grave ainsi que toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé et la sécurité physique et morale des mineurs accueillis doit être signalés sans délais au préfet du département du lieu d'accueil par les personnes organisant l'accueil des mineurs.

Tout accident ou toute maladie survenus pendant l'accueil doivent être signalés sans délai aux représentants légaux du mineur concerné.

Les représentants légaux du mineur hospitalisé sont informés de la sortir prochaine du mineur. Le mineur sortant de l'hôpital ne peut être confié qu'à son représentant légal et aux tierces personnes expressément autorisées par celui-ci.

En cas d'urgence, nous soussignés :

Autorisons la personne responsable de l'accueil à orienter et à faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.

Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital

Autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.

Fait le :

À :

Nom et signature des parents
ou responsables légaux:

CONSTELLATION
12 rue Sainte-Marie, 97400 Saint-Denis
N° SIRET : 75211451200029 / APE : 9003B

