

RENSEIGNEMENTS Accueil de Loisirs de Pissy Pôville
2025/2026

Je soussigné(e) (nom, prénom des parents) :
adresse :
email :
autorise la directrice à appeler les secours et à faire les démarches nécessaires dans le cas où l'état de santé de mon fils - ma fille - mes enfants :

nécessiterait une intervention urgente dans un établissement hospitalier ou chez le médecin.
Je donne également l'autorisation de le faire opérer en cas d'extrême urgence.

NB : Si nécessaire, préciser les problèmes particuliers : allergies, PAI (déposé en mairie), etc...

N° de Sécurité Sociale :
CPAM MSA Autre :

Nom de société et N° du contrat d'assurance responsabilité civile :
(fournir une attestation)

Numéros de téléphone où l'on peut vous joindre en cas d'urgence :
Professionnel Madame ou Monsieur :
Portable Madame ou Monsieur :
Autres (voisine, nounou,...) :

Lors des activités, votre enfant peut être amené à être photographié et les photos pourront être exposées.

Nous autorisez-vous à prendre votre enfant en photo, à l'exposer dans le Pissy Info et donc sur le site internet de la commune ? Oui Non

Retour à la maison :

Pour des raisons de responsabilité, nous vous remercions de bien vouloir mentionner le nom des personnes autorisées à venir chercher votre ou vos enfants :

NOM - Prénom

Lien de parenté

L'enfant rentrera chez lui seul sur le temps de la garderie à ... H (quelle heure ?)
A Pissy-Pôville, le
Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou faire une photocopie du carnet de santé de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
DTP				Méningocoque de séro groupe C	
Coqueluche				Rubéole Oreillons Rougeole	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b				Autres (préciser)	
Hépatite B					
Infections invasives à pneumocoque				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical quotidien** ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il un **PAI** ?

oui non si oui, le PAI doit obligatoirement nous être fourni.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INSCRIPTION EN ACCUEIL de LOISIRS
du lundi 13 au vendredi 17 avril 2026

M./ Mme : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Reconnait (ssent) et approuve (nt) le règlement intérieur de l'accueil de Loisirs
(<https://www.pissy-poville.fr/ecole-jeunesse/centre-de-loisirs/>)
et
inscrit(vent) mon(mes) enfant(s) pour la période suivante :

Nom-Prénom	Date de Naissance	Du 13/04 au 17/04

..... fera la sieste.

..... rentrera seul (e) à la maison.

Les **droits annuels** d'inscription sont de 17,05 € par famille (chèque établi au nom du Trésor Public).

Informations diverses ou absences de l'enfant (inscription à la semaine, seules les maladies avec certificat médical seront déduites de la facture) :

Signature du (des) représentant (s) légal (aux) :