

Accueil de loisirs Mercredi après-midi

Bressuire

Maternelle : école René Héry

Primaire : école Duguesclin

Horaires : 12h00 à 19h30

Fiche d'inscription : Année 2019-2020

J'inscris mon enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / _____

École : Classe :

Choix de l'inscription :

Ponctuel (tarif à la demi-journée)

OU

Régulier (forfait annuel)

➔ A compter du : ____ / ____ / _____

Compléter le tableau ci-dessous :

Transport de l'école vers l'Accueil de Loisirs	Restauration	Après-midi à l'Accueil de Loisirs	Péri-loisirs	Heure supplémentaire	Transport vers les Activités Associatives *
	12h30 à 14h00	14h00 à 17h00	17h00 à 18h30	18h30 à 19h30	
					« <u>Pré-demande</u> » à compléter au : Service Scolaire

*Pour toute demande de transport vers une Activité Associative il est impératif de compléter une « pré-demande » auprès du Service scolaire de la Ville de Bressuire.

Après étude, une réponse positive ou négative, vous sera apportée.

Si la réponse est positive, une « convention » sera mise en place entre les différents intervenants (famille, association et la ville de Bressuire).

Le départ vers les activités débutera à partir de 13h45 et ce à compter du 25 septembre 2019.

Fiche sanitaire obligatoire à compléter au dos





Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant : ___ / ___ / ___

Responsable légal de l'enfant :

Adresse :

Tél domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tél portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Tél bureau : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

➤ Renseignements médicaux

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cocher les cases correspondantes)

- Rubéole Rhumatisme aigu Otite Angine Oreillon
- varicelle Scarlatine Rougeole Coqueluche

L'enfant présente-t-il une allergie ?

- Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autre

Préciser la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il déjà un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Période de validité du PAI :

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :
(Maladies, accidents, opérations, hospitalisations, crises convulsives)

___ / ___ / ___ :

___ / ___ / ___ :

Recommandations utiles (lunettes, prothèse auditive et/ou dentaire) :

Médecin traitant : Tél : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom et adresse de l'assurance scolaire :

N° de contrat d'assurance scolaire :



➤ Actes médicaux

O J'autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). En cas de nécessité, le service de secours conduira l'enfant au service des urgences le plus proche.

➤ Sorties en Groupe

O J'autorise mon enfant à participer aux sorties mises en place par l'équipe d'animation et/ou l'école.

➤ Autorisation de sortie

(La mairie et/ou l'école décline toute responsabilité en cas d'accident sur le trajet)

Votre enfant quitte l'établissement scolaire :

- Seul Accompagné Bus
- Taxi - Nom de la compagnie de taxi :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant si différentes des parents :

Nom et Prénom Tél : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom et Prénom Tél : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Nom et Prénom Tél : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

➤ Droit à l'image

J'autorise les prises de photos/vidéos et leurs diffusions sous toutes ses formes à des fins représentatives : pour les activités scolaires, les T.A.P, la restauration, l'accueil périscolaire et l'accueil de loisirs du mercredi :

O Diffusion sur internet (site de la Ville, de l'Agglo, de l'école...)

O Diffusion en interne (affichage sur site, revue...)

La présente autorisation est donnée pour tous les domaines d'exploitation tant qu'ils visent à valoriser les services dans le respect de la préservation, de la réputation et de la vie privée de mon enfant.

Fait le : ___ / ___ / ___ Signature(s) :