Ville de Port-Louis

FICHE D'INSCRIPTION
ANNEE 2025/2026

N° ALLOCATAIRE : …….. Date d'inscription : ……/……/……

1

☐ Accueil de loisir (Bien vivre ensemble dans un monde durable)		☐ Accueil périscolaire	
Formule	☐ Mercredi ☐ Mercredi Petite Vacances	**Formule**	☐ Matin ☐ Soir ☐ Matin & soir

Mode de paiement envisagé : ☐ Prélèvement automatique (Hello Asso) ☐ Espèce

INFORMATIONS ENFANT

NOM :…… PRENOM : ……
DATE DE NAISSANCE : ……..... AGE : ……

NOM DE L'ECOLE :…… NOM DE LA MAITRESSE……
NOM / N° DE LA CLASSE……

INFORMATIONS PARENTS

MERE

NOM :…… . PRENOM : ……
PROFESSION :…… LIEU DE TRAVAIL : ……. TEL :……...

ADRESSE : …….. ……

TELEPHONE : 0590…….. / 0690……...

@.....

PERE

NOM :…… PRENOM : ……
PROFESSION : ……..…….. LIEU DE TRAVAIL …… TEL :……..

ADRESSE……

TELEPHONE : 0590…… / 0690……

@.....

MEDECIN TRAITANT

NOM :……....

ADRESSE :……...

TELEPHONE : 0590…… /0690……

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE
(Autre que les parents)

2

NOM :…….

LIEN AVEC L'ENFANT :…….

TELEPHONE : 0590……/0690……..

NOM :…….

LIEN AVEC L'ENFANT :…….

TELEPHONE : 0590……/0690……..

EVACUATION SANITAIRE

Monsieur, Madame,……

Demeurant à……

Autorisons la direction à faire transporter notre enfant vers le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Pointe-à-Pitre/Abymes (CHRU) en cas de nécessité.

Le transfert sera effectué par le SAMU-SMUR-SAPEUR POMPIERS.

Signature du/des parent(s)

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

I. LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES : joindre les photocopies des vaccinations du carnet de santé.

1-Vaccinations

Vaccinations Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Antipoliomyélitique-antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheuse-antihaemophilus-antihépatiteB				Anti rougeoleuse-antirubeolique-Anti ourlienne	
Antituberculeuse- BCG				Autres	

3

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.

2- L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

□ Rubéole □ Varicelle □ Angines □ Scarlatine □ Oreillons
□ Coqueluche □ Otites □ Asthme □ Rougeole

3- L'enfant a-t-il des allergies : alimentaires, médicamenteuses, autres…merci d'indiquer la cause et la conduite à tenir :

……

(Si l'enfant fait l'objet d'un traitement médical en cours d'année, merci d'en informer l'équipe pédagogique et de joindre une photocopie de l'ordonnance).

4- L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I) : si oui merci de joindre une photocopie de ce document.

□ Oui □ Non

NB : Toutes informations erronées entraîneront l'exclusion temporaire ou définitive de l'enfant.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(é)…….
Père, mère de……
Autorise à la structure à remettre mon enfant aux personnes ci-dessous, qui se présenteront avec une pièce d'identité.

Je m'engage à appeler la structure pour prévenir de tout changement concernant l'identité des personnes qui devront récupérer mon enfant.

Les enfants ne seront pas remis à des mineurs non accompagnés de leurs parents.

4

Nom et Prénom	N° de téléphone	Qualité

II. AUTORISATIONS :

LA BAIGNADE : J'autorise mon enfant à pratiquer les activités de baignade organisées :

□ Oui □ Non

LES PRISES DE VUE : J'autorise la structure à réaliser des photos ou des vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant. Ces photos peuvent faire l'objet d'une parution sur des panneaux exposés dans l'enceinte du centre ou de support de communication.

□ Oui □ Non

LES COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES : J'autorise la structure à collecter et utiliser mon numéro de téléphone afin de m'intégrer au groupe WhatsApp des parents, utilisé exclusivement pour la diffusion d'informations relatives aux activités, événements et communications concernant la vie du centre.

□ Oui □ Non

III. DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné (e)……père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
J'autorise le responsable du centre à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie-réanimation).

LES PARENTS **LA DIRECTION**