

## FICHE DE LIAISON CENTRE DE LOISIRS DES ESSARTS LE ROI

<b>Directions :</b> Sandrine COCHET Audrey LABUSSIÈRE	CENTRE DE LOISIRS LES PETITS PRINCES 34 RUE DE ROME 78690 LES ESSARTS LE ROI (centre) 01.30.41.61.79 // (mairie) 01.30.46.48.84
<b>Contact Mairie :</b> service scolaire/jeunesse	

**NOM DE L'ENFANT :** ..... **Prénom :** .....  
Né(e) le : ..... à : .....

### Médecin de famille :

Docteur : ..... Téléphone : .....  
Adresse : .....

### Renseignement concernant l'enfant :

Allergies : .....  
Traitements permanents : .....  
Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....  
Autres renseignements utiles : .....  
.....

Joindre une photocopie : - de l'attestation de sécurité sociale avec ouverture de droits à jour, sur laquelle figure le nom de l'enfant,  
- du carnet de vaccination  
- de l'attestation d'assurance responsabilité civile

Si l'état de santé de l'enfant nécessite un suivi (allergie, maladie chronique, handicap) prendre contact avec les directrices

En cas de traitement ponctuel, remettre une ordonnance valide ainsi qu'une autorisation écrite, les prescriptions écrites sur les boîtes des médicaments et les médicaments dans une boîte hermétique au nom de l'enfant.

### AUTORISATION PARENTALE

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Père-Mère-Tuteur légal de l'enfant :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Autorise le chef de l'établissement ou son représentant à hospitaliser mon enfant si nécessaire, à faire pratiquer sur mon enfant, par le corps médical, tous les soins d'urgence, examens, investigations, interventions chirurgicales, y compris l'anesthésie, que son état nécessiterait.

Dès que son état de santé le permet, l'enfant sortant ne pourra être confié qu'à ses parents ou tuteur légal.

Fait à ..... le : ..... Signature :

**L'organisateur se réserve le droit de refuser tout enfant qui n'aurait pas ce dossier à jour**



MAIRIE DES ESSARTS LE ROI  
**INSCRIPTIONS CANTINE, GARDERIES, CENTRES DE LOISIRS, ETUDES DIRIGÉES**  
**RENTREE 2006/2007**

**NOM DE L'ENFANT :** .....

Prénom : .....né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Ecole fréquentée : .....

Classe : .....

**Inscription Cantine RENTREE SCOLAIRE LE 29 AOUT**

Pour les cantines régulières, cochez les jours et indiquez la date de commencement  
 Pour les occasionnels, à partir d'Octobre, indiquez un ordre de préférence pour les quatre jours.  
 Repas sans porc                      oui    non

<input type="checkbox"/> <b>LUNDI</b>	<input type="checkbox"/> <b>MARDI</b>	<input type="checkbox"/> <b>JEUDI</b>	<input type="checkbox"/> <b>VENDREDI</b>
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

A compter du : .....

**Inscription Garderie / Etude**                       **régulière**                       **aménagée ou occasionnelle**

A compter du (notez la date) : .....

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
<b>Matin</b>				
<b>Soir</b>				
<b>Matin et Soir</b>				
<b>Matin + Etude</b>				
<b>Soir + Etude</b>				
<b>Matin et Soir+ Etude</b>				
<b>Etude</b>				

**Inscription Centre de Loisirs**

Inscription du mercredi (A faire chaque mois avant le 20 du mois précédent )  
**Les inscriptions pour les vacances scolaires devront se faire au service scolaire, avec paiement immédiat à l'inscription (avant le 20 du mois précédent)**

**FICHE DE LIAISON ANNEE 2006/2007**

**Médecin de famille :**

Docteur : ..... Téléphone : .....  
 Adresse : .....

**Renseignement concernant l'enfant :**

Allergies (faire un PAI en Mairie).....  
 Traitements permanents : .....  
 Antécédents médicaux et chirurgicaux : .....  
 Autres renseignements utiles : .....  
 .....

**Vaccinations :**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
DT polio	
Ou Tétracoq	
BCG	

**AUTORISATIONS PARENTALES**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....  
**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Père –Mère -Tuteur légal de l'enfant :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

Autorise les surveillants de cantine à hospitaliser mon enfant si nécessaire, à faire pratiquer sur mon enfant, par le corps médical, tous les soins d'urgence, examens, investigations, interventions chirurgicales, y compris l'anesthésie, que son état nécessiterait.

**FAMILLE DE L'ENFANT :**

Nom du père : .....	Nom de la mère : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
.....	.....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Portable : .....	Portable : .....
Lieu de travail, adresse, Nom de la société : .....	Lieu de travail, adresse, Nom de la société : .....
.....	.....
.....	.....
Téléphone : .....	Téléphone : .....

**En cas de retard de ma part j'autorise :**

\* Mon enfant à quitter l'école seul  oui  non

**En cas de retard il m'appartiendra de prévenir le centre, afin d'autoriser :**

\* Les animateurs à l'emmener en garderie (sa présence me sera facturée)  oui  non

Je déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs concernant les garderies, les centres de loisirs et la restauration scolaire

Fait à .....le : .....Signatures :

**FICHE DE LIAISON SOGERES ANNEE 2006/2007**

**NOM DE L'ENFANT :** .....

Prénom : .....né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Ecole fréquentée : .....

Classe : .....

*Cadre réservé à l'administration*

**TARIF :**

**Inscription Cantine**

Pour les cantines régulières, cochez les jours et indiquez la date de commencement

Pour les occasionnels, à partir d'Octobre, indiquez un ordre de préférence pour les quatre jours.

<input type="checkbox"/> <b>LUNDI</b>	<input type="checkbox"/> <b>MARDI</b>	<input type="checkbox"/> <b>JEUDI</b>	<input type="checkbox"/> <b>VENDREDI</b>
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

A compter du : .....

<b>FAMILLE DE L'ENFANT :</b>	
Nom du père : .....	Nom de la mère : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Portable : .....	Portable : .....
Lieu de travail, adresse, Nom de la société : .....	Lieu de travail, adresse, Nom de la société : .....
.....	.....
.....	.....
Téléphone : .....	Téléphone : .....