



MARCO-EN-BARŒUL
UN ART DE VIVRE



VILLE DE MARCQ-EN-BARŒUL

INSCRIPTION SCOLAIRE ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .

Adresse :

SES REPRÉSENTANTS :

REPRÉSENTANT 1

REPRÉSENTANT 2

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

tél. :

tél. :

Personnes à prévenir en cas d'urgence si les responsables de l'enfant sont injoignables :

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

tél. :

tél. :

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance en responsabilité civile :

(il est vivement conseillé de souscrire une assurance en responsabilité civile pour toutes les activités)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

Indiquez ici toute recommandation ou information utile (maladie, accident, allergies, hospitalisations, port de lunettes, contre-indication à la pratique de certaines activités...) :

DROIT À L'IMAGE ET DROITS D'AUTEUR :

j'autorise / je n'autorise pas la Ville de Marcq-en-Barœul à diffuser l'image de l'enfant sur ses supports de communication internes et externes

j'autorise / je n'autorise pas la Ville de Marcq-en-Barœul à utiliser les créations de l'enfant (dessins, activités manuelles...) sur ses supports de communication internes et externes

TSVP ⇨

Ce cadre concerne uniquement les Accueils de Loisirs (mercredis et vacances scolaires)

Vaccins et maladies :

J'atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour de ses 3 ou 11 vaccinations obligatoires : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	
vaccin		date	
Diphtérie :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Rubéole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tétanos :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Varicelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Poliomyélite :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Angine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
De plus, pour les enfants nés à partir du 01/01/2018 :		Coqueluche : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Coqueluche :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Otite : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Haemophilus influenzae B :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Asthme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hépatite B :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Rhumatismes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Méningocoque C :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Scarlatine : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pneumocoque :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Rougeole : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rougeole :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	Oreillons : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	
Rubéole :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le	

Informations diverses et autorisations :

Je soussigné(e)

représentant l'enfant

- atteste avoir pris connaissance du règlement des Accueils de Loisirs et en accepter les conditions
- autorise l'enfant à participer aux différentes activités proposées, y compris les sorties et baignades, sauf indication particulière portée ci-dessus
- m'engage à garder l'enfant au domicile s'il présente un symptôme de maladie contagieuse, est atteint(e) d'une affection transmissible ou porte des poux
- m'engage à venir chercher l'enfant à l'heure de la sortie **OU** l'autorise à rentrer seul après l'activité

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ si la personne qui vient chercher l'enfant n'est pas son représentant

Je soussigné(e)

représentant l'enfant

autorise M. / Mme

en sa / leur qualité de

à venir chercher l'enfant à la fin de l'activité.

Date : le

Signature(s) :