



**STAGES D'EVEIL POUR ENFANT DU MATERNEL (3, 4 OU 5 ANS)  
FICHE D'INSCRIPTION**



NOM : .....  
Prénom : ..... Fille ou Garçon ? .....  
Date de naissance : ..... âge : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
Ecole : ..... Code postal école : .....

PRIX / Semaine	Forestois	Non Forestois
1 <sup>er</sup> enfant	50 €	55 €
A partir d'une deuxième inscription	45 €	50 €

Période (barrer les mentions inutiles) :

Pâques / 1<sup>ère</sup> semaine juillet / 2<sup>ème</sup> semaine juillet / 3<sup>ème</sup> semaine d'août / 4<sup>ème</sup> semaine d'août

La personne signant ce document prend connaissance du fait que la responsabilité des organisateurs de la plaine de vacances n'est engagée qu'à partir du moment où l'enfant est inscrit. Le règlement d'ordre intérieur et le projet pédagogique sont à la disposition de chaque parent au service extrascolaire et sur le site internet de l'administration communale. Ces documents sont affichés à l'accueil. Chaque parent est censé connaître ce règlement pour l'avoir lu.

Nom, Prénom de la personne responsable :

.....

Date : .....

Signature :

**FICHE DE SANTE**

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	OUI	NO N	Si oui, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignement de nez			
Maux de tête			
Diarrhée			
Autres ...			

- A-t-il/elle eu une maladie ou subi une intervention grave ? OUI NON  
Si oui, laquelle ? .....
- Est-il/elle allergique ?  
A certains produits alimentaires? OUI NON, si oui, lesquels ? .....  
A certains médicaments ? OUI NON si oui, lesquels ? .....  
A d'autres choses ? OUI NON si oui, lesquels ? .....
- Porte-il/elle des lunettes ? OUI NON
- Porte-il/elle un appareil auditif ? OUI NON
- Souffre-t-il d'un handicap ? OUI NON
- Si oui, lequel ?.....
- A-t-il été vacciné contre le tétanos (indispensable) ? OUI NON
- Peut-il/elle participer à des activités sportives sans inconvénient, y compris baignades et jeux adaptés à son âge ? OUI NON
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant sa santé ?  
.....

**PERSONNES DE CONTACT**

NOM, Prénom : .....

lien : .....Téléphone : .....

NOM, Prénom : .....

lien : .....Téléphone : .....

Date et signature