



VILLE DE L'ISLE ADAM

DOSSIER ADMINISTRATIF : Péri et Extrascolaires



Service Enfance – Castelrose
Tél : 01.34.08.19.09 / 19.27
s.enfance@ville-isle-adam.fr

Accueil de Loisirs Jean-Paul Nombrot
Tél. : 01.34.69.23.84
alsh@ville-isle-adam.fr

POUR CREATION DU PORTAIL FAMILLE

NOM DOSSIER :
Numéro DOSSIER :

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

L ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de Naissance : garçon fille..

VACCINATIONS : Les photocopies des vaccins à jours sont à fournir obligatoirement. (Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.)

Pour rappel les vaccins obligatoire sont : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), Coqueluche, Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B, Hépatite B, Infections invasives à pneumocoque, Méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) –

- POUR DE L'ASTHME : OUI NON Précisez :
- POUR DES ALLERGIES AUX MEDICAMENTS : OUI NON Précisez :
- POUR DES ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI NON Précisez :
- Repas fourni par la famille : OUI NON
- AUTRES - Précisez :

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RUBÉOLE | <input type="checkbox"/> VARICELLE | <input type="checkbox"/> ANGINE | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> OTITE |
| <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> ROUGEOLE | <input type="checkbox"/> OREILLONS | <input type="checkbox"/> RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | |

L'ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) : OUI NON. Précisez les dates et les précautions à prendre :
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : Votre enfant porte-t-il :

- Des lentilles Des lunettes Des prothèses auditives Des prothèses dentaires Autres

RESPONSABLE 1 :

Nom – Prénom :

Père Mère Autre

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile :Tél portable :

Adresse mail :

RESPONSABLE 2 :

Nom – Prénom :

Père Mère Autre

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile :Tél portable :

Adresse mail :

AUTORISATIONS

En mon absence, j'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant et/ou **en cas de maladie**, prévenir :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme..... Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :

M. ou Mme Tél portable :Lien de parenté :

Fait à LeSignature(s) du ou des représentants légal (aux)