

MAIRIE DE MAUZE THOUARSAIS

3 place de la Mairie
Tél. : 05 49 96 64 13

Email : mairie.mauze-thouarsais@thouars-communaute.fr



Nom, prénom de l'enfant Né(e) le :

Adhésion le : Sexe : M F

L'enfant sait-il nager ? OUI NON Piscine autorisée : OUI NON

Allergies :

Recommandations des parents :

.....

Photocopie du carnet de vaccination obligatoire

PARENTS DE L'ENFANT

	Mère	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	Père	Responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Nom, Prénom :				
Adresse du domicile :				
Date de naissance :				
Tél. Domicile/Portable :				
Tél. Professionnel :				
Courriel :				

Nom et adresse de facturation :

Personnes à joindre en cas d'urgence (Nom+Téléphone) :

N° Allocataire C.A.F. : Régime social :

C.A.F. d'appartenance : CAF DES DEUX SEVRES Autre C.A.F.

Famille : Parentale Monoparentale Recomposée Accueil

NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS

	Mère	Père
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

Je certifie que mon enfant bénéficie d'une assurance extrascolaire

Nom de la compagnie : N°Téléphone N°Contrat :

J'autorise mon enfant, à rentrer seul à la fin des activités OUI NON

Si Non, nom de la ou des personnes susceptibles de venir chercher mon enfant

Nom/Prénom	Lien de parenté	N°Téléphone	Adresse

En cas d'accident ou incident, j'autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et la moralité de mon enfant

Pendant les activités, j'autorise le personnel de la Mairie à photographier et/ou à filmer mon enfant pour la création de souvenirs et d'archives. OUI NON

J'autorise le personnel de la Mairie à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) OUI NON

Médecin traitant Nom : Téléphone

Adresse :

Fait à, le Signature :

Merci de compléter et corriger les informations ci-dessus en rouge

✓ L'enfant est il bénéficiaire de l'AEEH ou d'un PAI? **oui** **non**

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour? **oui** **non**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Maladies contractées par l'enfant:

Rubéole: **oui** **non** Varicelle: **oui** **non**

Angine: **oui** **non** Rhumatisme articulaire aigu: **oui** **non**

Scarlatine: **oui** **non** Coqueluche: **oui** **non**

Otite: **oui** **non** Rougeole: **oui** **non**

Oreillons: **oui** **non**

Allergies:

Asthme: **oui** **non**

Alimentaires: **oui** **non**

Médicamenteuses: **oui** **non**

Autres: **oui** **non**

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

Préciser les difficultés de santé particulières et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte t'il des lunettes, des lentilles, des prothèses, etc?

.....
.....
.....

Votre enfant est il sujet au somnanbulisme (important pour les minis-camps) **oui** **non**