



BULLETIN D'INSCRIPTION

Année scolaire 2019-2020

Cadre réservé au PELP

Adhérent n°

NOM de l'enfant :

Prénom :

Age : Classe :

Nom des parents :

Adresse :

.....

.....

Tel : fixe Portable professionnel
(un numéro obligatoire svp)

Adresse e-mail :
(en majuscules, lisible et exacte !)



	Activité(s) choisie(s) :	Lieu de l'activité	Horaire	Tarif
1	
2	
3	
			Adhésion :	20 €
			Remise :	
			Total à payer :	

Mon enfant fréquente l'établissement scolaire où a lieu la ou les activité(s) choisie(s) : oui non

Vous souhaitez une attestation de règlement : oui non
(Pour recevoir cette attestation, merci de joindre une enveloppe timbrée).

La carte d'adhérent est disponible sur demande, auprès du PELP.

Merci d'inscrire le nom de votre enfant au dos des chèques.

Seriez-vous volontaire pour être parent référent d'une activité de votre enfant ? oui non

Fait à Pessac, le signature :

Cadre réservé au PELP		B.I. <input type="checkbox"/>	REGLT <input type="checkbox"/>	CM <input type="checkbox"/>	APS <input type="checkbox"/>	FSL <input type="checkbox"/>
-----------------------	--	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Année scolaire 2019-2020

Cadre réservé au PELP

Adhérent n°

1 – ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARCON FILLE

Pays de naissance :

Département et Commune de naissance :

N° SECURITE SOCIALE DE LA PERSONNE QUI COUVRE L'ENFANT :
.....

Photo d'identité
de face
obligatoire

2 – VACCINATION OBLIGATOIRE (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccin obligatoire

Date du dernier rappel

DT Polio

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

4 – RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc
.....

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre
.....

5 – ALLERGIES ET TRAITEMENTS EN COURS

Allergies : Asthme oui non

Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non

Autres.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....

Traitement médical spécifique oui non

Lequel :

6 – ASSURANCE INDIVIDUELLE DE L'ENFANT

L'enfant est-il assuré pour les activités extra-scolaires ? oui non

Si la réponse est négative, il est rappelé qu'une assurance responsabilité civile est obligatoire pour l'admission de l'enfant aux activités périscolaires et extra-scolaires.

7 – DROIT A L'IMAGE

Je déclare autoriser l'exploitation des photographies de mon enfant, conformément à l'article 9 du Code Civil et dans les conditions suivantes : tous usages à des fins de promotion et de communication du PELP notamment plaquette de présentation, affiches, promotion et site internet

Je n'autorise aucune exploitation des photographies de mon enfant

8 - PERSONNES HABILITES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

(Merci de mentionner les personnes de plus de 16 ans autorisés à prendre en charge votre enfant, en dehors des parents)

J'autorise M/Mme N° de tel :

M/Mme N° de tel :

M/Mme N° de tel :

M/Mme N° de tel :

J'autorise mon enfant à quitter seul l'activité : oui non

9 – RESPONSABLES DE L'ENFANT :

NOM : NOM :

PRENOM : PRENOM :

ADRESSE : ADRESSE :

.....

.....

Tél domicile : Tél domicile :

Tél portable : Tél portable :

Tél professionnel : Tél professionnel :

NOMS ET N° DE TELEPHONE DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

NOM : n° de tel :

NOM : n° de tel :

NOM : n° de tel :

Je soussigné (e)responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'activité PELP à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date

lu et approuvé (manuscrit)

Signatures(s)



AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Année scolaire 2019-2020

Cadre réservé au PELP

Adhérent n°

Cette fiche est à remplir si : l'activité de votre enfant se déroule à l'extérieur de l'école et nécessite un trajet école-salle.
(Si votre enfant pratique plusieurs activités, établir autant de fiche que d'activité se déroulant en extérieur.)

NOM de l'enfant :

Prénom :

Classe :

Photo d'identité
de face
obligatoire

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

Je soussigné(e) :

autorise mon enfant :

à quitter à pied l'enceinte de l'établissement scolaire tous les (préciser le jour)

accompagné de l'animateur PELP pour se rendre à la Salle(préciser la salle)

afin d'y pratiquer l'activité(préciser l'activité) organisée par le PELP.

Fait à Pessac, le

Signature :

Sans cette autorisation, votre enfant ne peut pas participer à l'activité.