



Centre de Vacances Franco-Polonais

Bulletin d'inscription

Nom et prénom du responsable légal de l'enfant

Adresse

Mail Tel. Fixe Tel. Portable

*Souhaite inscrire mon(mes) enfant(s) au
Centre de Vacances Franco-Polonais de l'**Ecole Nova Polska***

| Nom et Prénom de l'enfant | Date et lieu de naissance | Age |
|---------------------------|---------------------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |

*Pour toute inscription nous vous demandons de régler la somme de 40 € par enfant et par journée d'accueil
au Centre.*

Veillez cocher les jours de présence de votre enfant :

Lundi 14.04.2025

Mercredi 16.04.2025

Vendredi 18.04.2025

Mardi 15.04.2025

Jeudi 17.04.2025

Je règle la somme de € par chèque à l'ordre de *L'Ecole Nova Polska*

en espèces

**Merci de signaler les éventuelles restrictions alimentaires de votre enfant
dans la fiche sanitaire au verso**

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher votre (vos) enfant(s) :

1. Nom et prénom de l'adulte

Lien avec l'enfant

2. Nom et prénom de l'adulte

Lien avec l'enfant

Le : ... / ... / Signature



Centre de Vacances Franco-Polonais

Fiche sanitaire

Nom : **Prénom**

Date de naissance : Lieu de naissance

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant :

Numéro de sécurité social de l'ayant droit :

Votre enfant suit-il un traitement médical ? : Oui Non (Aucun médicament ne sera administré au Centre)

Si oui, merci de préciser lequel

Votre enfant est-il allergique ? : Oui Non

Si oui, merci de préciser la nature de l'allergie

| | |
|--------------------------------------|---|
| alimentaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| médicamenteuse | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| autres (animaux, plantes, pollen...) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Précisez la conduite à tenir

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé qui nécessitent d'être portés à la connaissance du Centre de Vacances (asthme, antécédent médical, opération, etc...) ? : Oui Non

Si oui, merci de préciser

Votre enfant est-il porteur de/d'

| | |
|-------------------|---|
| Lunettes | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Appareil dentaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Appareil auditif | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autre | |

VACCINATIONS (se référer à la photocopie du carnet de santé pages 90/95)

RENSEIGNEMENTS UTILES DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL

Droit de garde exclusif, problèmes familiaux : Oui Non

Si oui, merci de préciser

Je soussigné(e), M ou Mme, responsable légal de l'enfant certifie exacts les renseignements portés sur le présent document et autorise l'équipe de direction à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Le : ... / ... / Signature