



11/17 ans

NOM : .....

Prénom : .....

## Dossier d'inscription

### 2019-2020

- Copie du carnet de vaccination
- Copie de l'assurance responsabilité civile   
(le nom de l'enfant doit figurer sur celle-ci)
- Copie du quotient familial
- Justificatif de domicile

Date et Signature :

### 2020-2021

- Copie du carnet de vaccination
- Copie de l'assurance responsabilité civile   
(le nom de l'enfant doit figurer sur celle-ci)
- Copie du quotient familial
- Justificatif de domicile

Date et Signature :

### 2021-2022

- Copie du carnet de vaccination
- Copie de l'assurance responsabilité civile   
(le nom de l'enfant doit figurer sur celle-ci)
- Copie du quotient familial
- Justificatif de domicile

Date et Signature :

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Age : ..... ans

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone portable du jeune : .....

Garçon

Fille

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

RESPONSABLE LEGAL : .....

### Père

Nom : .....

Prénom : .....

Tel mobile : .....

Tel pro : .....

Adresse mail : .....

### Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Tel mobile : .....

Tel pro : .....

Adresse mail : .....

CIE Assurance responsabilité civile : ..... N° assuré RC : .....

### Sécurité social dont dépend l'enfant

N° d'assuré : .....

Régime général :      oui      non

Autre régime (préciser) : .....

### Allocations familiales

N° d'allocataire : .....

Quotient familial : .....

Caisse de : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : .....

N° de téléphone : .....

## Les autorisations

\* Rayer la mention inutile

Je soussigné(e) ..... responsable légal  
de l'enfant.....

### Sortie :

Autorise / n'autorise pas\* mon enfant à  
participer aux différentes sorties et activités  
organisées à l'extérieur des locaux de  
l'accueil de loisirs.

### Transport :

Autorise / n'autorise pas\* mon enfant à  
utiliser les différents moyens de transport  
(car, minibus, transports en communs ...etc)  
lors de nos sorties.

### Droit à l'image :

Autorise / n'autorise pas\* le directeur et tous les membres de l'équipe d'animation à  
photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités organisées par l'accueil de loisirs.

### Santé :

Autorise / n'autorise pas\* le directeur de l'Accueil de Loisirs (si le représentant légal n'est pas  
joignable) à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)  
rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

### CAF :

Autorise / n'autorise pas\* la direction de l'Accueil de Loisirs à consulter notre dossier allocataire  
CAFPRO afin d'accéder directement au ressource (quotient, nombre d'enfant à charge...) à prendre  
en compte dans le calcul des tarifs.

### Accueil libre et spontané :

Autorise / n'autorise pas\* mon enfant à participer aux accueils sous forme libre et spontané (je  
peux venir et repartir de l'accueil quand je le souhaite)

**Retour :**

Je soussigné(e) ..... responsable légal  
de l'enfant.....

Autorise / n'autorise pas\* le directeur à laisser mon enfant à repartir seul à la fin de la journée de l'accueil de loisirs.

Si l'enfant n'est pas autorisé à repartir seul, merci de bien vouloir indiquer les noms et prénoms des personnes autorisées à prendre en charge l'enfant à la fin de la journée d'accueil de loisirs.

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... Tél : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... Tél : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : ..... Tél : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Date et signature précédée de la mention « **lu et approuvé** »

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON FILLE 

## 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

À titre indicatif 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 AIGÛ 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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non

MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non

AUTRES.....

### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

**P.A.I** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

**4- REGIMES ALIMENTAIRES SPECIAUX**

.....  
.....

**5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM

.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :