



11/17 ans

NOM :

Prénom :

Dossier d'inscription

2022-2023

- 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 :

2023-2024

- 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 :

2024-2025

- 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 | |
| Ou DT polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou 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 :