

Documents à transmettre avec le dossier :

- 2 photos d'identité
- la copie du carnet de vaccination
- le dernier avis d'imposition
- l'autorisation de prélèvement
- 1 RIB

Fiche Individuelle

NOM et Prénom de l'enfant :	
Adresse : Téléphone : Portable : Email :	Né(e) le : Sexe : Nationalité : Saisie : Première entrée : Sortie :
Adulte <input type="checkbox"/>	
Liste rouge <input type="checkbox"/>	

Généralités			
Scolarité Classe : Etabl. scolaire : Instituteur : Rapats spéciaux :	Mémo		
Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'individu			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphone	
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Parents			
Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté :		Parenté :	
Civilité :		Civilité :	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Profession :		Profession :	
Employeur :		Employeur :	
Téléphone :	Poste :	Téléphone :	Poste :
Portable :		Portable :	

Détail des Champs libres

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'individu certifie(s) sur l'honnêteté de l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

FICHE DE COMPLEMENT D'INSCRIPTION ANNEE 2019 / 2020

Fermeture de l'Accueil de Loisirs 18h45 et départ des derniers enfants 18h30

A.L. « ALICE/BRETONNIERE »

A.L. « LES GRANDS CHENES »

J'inscris mon enfant (nom : Prénom :) les jours suivants (hors vacances scolaires) :

PERISCOLAIRE (entourez le ou les accueils désirés)			
LUNDI	Accueil du matin	Accueil du soir (entourer l'heure à laquelle vous pensez récupérer votre enfant)	15h45 à 16h45* 16h45 à 17h45* 17h45 à 18h30* **
MARDI	Accueil du matin	Accueil du soir (entourer l'heure à laquelle vous pensez récupérer votre enfant)	15h45 à 16h45* 16h45 à 17h45* 17h45 à 18h30* **
MERCREDI	Accueil du matin	Accueil 11h30 à 14h00 (repas non fournis au Grands Chênes)	
JEUDI	Accueil du matin	Accueil du soir (entourer l'heure à laquelle vous pensez récupérer votre enfant)	15h45 à 16h45* 16h45 à 17h45* 17h45 à 18h30* **
VENDREDI	Accueil du matin	Accueil du soir (entourer l'heure à laquelle vous pensez récupérer votre enfant)	15h45 à 16h45* 16h45 à 17h45* 17h45 à 18h30* **

*sortie des enfants uniquement par l'Accueil de Loisirs

** Facturation à l'heure (heure commencé = heure facturé)

MERCREDI (entourez le type d'accueil désiré)		
MERCREDI	Après-midi sans repas	Après-midi avec repas

Votre enfant fréquentera l'Accueil de Loisirs à partir de : _____ 2019

AUTORISATION 2019 / 2020

Je soussigné(e) M., Mme Reconnais être informé(e) que l'inscription aux activités de l'Accueil de Loisirs vaut acceptation de l'ensemble des clauses du règlement intérieur qui seront transmis sur demande.

autorise mon enfant à participer aux différentes sorties annuelles organisées par l'Accueil de Loisirs.	OUI
	NON
autorise l'Accueil de Loisirs à me faire parvenir mes factures à l'adresse mail indiquée ci-dessous pour l'envoi des factures électroniques.	OUI
	NON
autorise l'Accueil de Loisirs à consulter le site de la CAF afin d'obtenir mon quotient familial. Ce dernier sera utilisé pour calculer mon tarif horaire. Merci d'indiquer votre numéro d'allocataire C.A.F. / M.S.A. :	OUI
	NON
autorise mon enfant à quitter seul l'A.L. (sur précision des jours par la famille ou en cas d'absence de la famille devant les portes de l'école ou de l'A.L).	OUI
	NON
autorise l'Accueil de Loisirs à prendre en photo mon enfant et également à diffuser ces dernières pour une durée illimitée. (hors réseau sociaux)	OUI
	NON

Médecin de famille :

Téléphone :

Régime alimentaire : Sans viande

Autres (à préciser sur la fiche sanitaire)

Merci de joindre au dossier : 2 photos d'identités, la copie des vaccinations de l'enfant et la copie de votre dernier avis d'imposition.

Date

Signature du responsable légal

Photo
Obligatoire



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	

GETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Pollomyélite				Coqueluche	
Qu DT polio				BCG	
Qu Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - 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.

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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

J'é soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
