

Fiche individuelle

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

Généralités			
Scolarité	Mémo		
Classe :			
Etabl. scolaire :			
Instituteur :			
Repas spéciaux			
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 :	
Prenom :		Prenom :	
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(ons) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

FICHE DE COMPLEMENT D'INSCRIPTION ANNEE 2018 / 2019

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) <i>Uniquement pour l'accueil de loisirs des Grands Chênes</i>	
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 commencée = heure facturée) et Fermeture de l'accueil de loisirs 18h45 et départ des derniers enfants 18h30

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 : _____ 2018

AUTORISATION 2018 / 2019	
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 indiqué ci-dessous pour l'envoi des factures électroniques.	OUI
	NON
autorise l'Accueil de Loisirs à consulter le site CAFPRO 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).	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 FILLE

CETTE 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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 DUNE 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) _____

Je 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

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
*(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)*

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
 Prénom(s) :
 Né(e) le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à (lieu de naissance) :
 Pays de naissance :

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
 Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) :
 Prénom(s) :
 Né(e) le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à (lieu de naissance) :
 Pays de naissance : Nationalité :
 Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
 Père Mère Autre (préciser) :
 Adresse :
 N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie
 Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune :
 Pays :
 Téléphone (recommandé) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Courriel (recommandé) :

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] inclus.
 Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ :
 DATE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Signature du titulaire de l'autorité parentale :

⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

**5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE
À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽¹⁾ :**

Type de document (cocher la case) : Carte nationale d'identité Passeport Autre
 (Préciser :)⁽²⁾

Délivré(e) le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Par (autorité de délivrance) :

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »