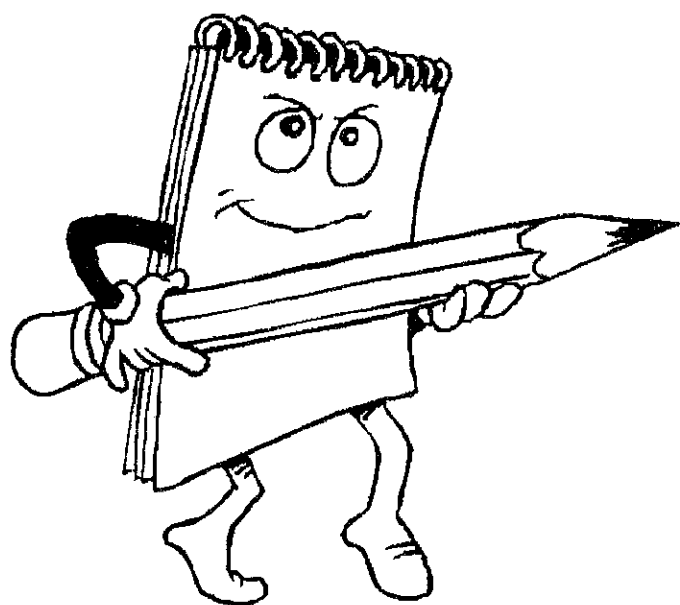




# ACCUEIL DE LOISIRS



**OUVERTURE  
MERCREDI 2 SEPTEMBRE 2015**

## DOSSIER D'INSCRIPTION

NOM : .....

PRENOM : .....

AGE : .....

COMMUNE : .....

**Le dossier doit comporter :**

- ☛ Ce dossier d'inscription renseigné en totalité, daté et signé (N° Caf obligatoire)
- ☛ Fiche sanitaire datée, signée, avec photocopie du carnet de santé (vaccins)

**Vous devez remettre ce dossier complété le plus tôt possible**

**OUVERT DE 11 H 45 à 18 H**

**Danielle ☎ 06 73 34 59 06 ou Nelly ☎ 06 62 82 35 51**

**ENFANT**

**NOM, PRENOM :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**ADRESSE :** .....

**PARENTS OU REPRESENTANT LEGAL**

**NOM, PRENOM DU PERE :** .....

**NOM, PRENOM DE LA MERE :** .....

**TEL. Domicile :** .....

**TEL. Portable :** .....

**TEL. En cas d'urgence :** .....

	<b>PERE</b>	<b>MERE</b>
<b>Profession</b>		
<b>Lieu de travail</b>		
<b>N° de téléphone</b>		

**N° sécurité sociale :** .....

**Régime :**

CPAM       MSA       AUTRES : .....

**Prestations familiales :**

⇒ N° CAF : .....

⇒ MSA : .....

⇒ AUTRES : .....

**Assurance responsabilité civile – organisme et N° du contrat**

.....

**Si vous êtes assuré à la MAE pour votre enfant pendant l'année scolaire, notez le N° de votre certificat d'adhésion : N° .....**

## PARTICIPATION DE VOTRE ENFANT

<b>ANNEE 2015-2016</b>	<b>1<sup>er</sup> TRIMESTRE 3/09/2015 au 16/12/2015</b>	<b>2<sup>ème</sup> TRIMESTRE 6/01/2016 au 30/03/2016</b>	<b>3<sup>ème</sup> TRIMESTRE 20/04/2016 au 29/06/2016</b>
	Demi-journée de 11 h 45 à 18 h 00 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Ou demi-journée de 13 h 30 à 18 h 00 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Demi-journée de 11 h 45 à 18 h 00 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Ou demi-journée de 13 h 30 à 18 h 00 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Demi-journée de 11 h 45 à 18 h 00 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Ou demi-journée de 13 h 30 à 18 h 00 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>REPAS</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>PERSONNES Autorisées à récupérer vos enfants</b>			

**ATTENTION :** Toutes **MODIFICATIONS** de la participation de vos enfants doivent être signalées à la directrice du centre dans les plus brefs délais. En cas d'absence de votre enfant, s'il mange le mercredi midi, prévenir Danielle au 06 73 34 59 06, le lundi avant 18 h, sinon le repas vous sera facturé.

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur(1) .....  
 autorise, n'autorise pas(1) mon enfant .....  
 à être photographié à l'Accueil de Loisirs.

De plus, j'autorise, je n'autorise pas(1) l'équipe d'animation à exposer les photos de mon enfant au sein de l'Accueil de Loisirs.

(1) Rayez les mentions inutiles

*Signature :*

## COUT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

Tarif selon quotient familial. (N'oubliez pas de fournir votre N° d'allocataire)  
 Tarification à l'heure. Les tarifs sont revus tous les ans au mois de janvier.  
 Pour plus d'informations, se renseigner auprès de la mairie au 02 43 27 60 44 ou de Danielle, au centre de Loisirs 06 73 34 59 06.

# AUTORISATION PARENTALE

## REGLEMENT INTERIEUR

☞ Tout manquement grave à la discipline sera signaler aux parents et l'exclusion pourra être prononcée.

☞ Dans tous les cas aucune somme ne sera remboursée et les frais occasionnés par ce retour seront à la charge de la famille.

## FRAIS DES ACTIVITES DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

☞ Accepte de payer l'intégralité des frais m'incombant.

## SOINS MEDICAUX

☞ Autorise la direction de l'Accueil de loisirs à faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale, en cas de nécessité absolue.

☞ Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais m'incombant, ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

☞ Souhaite s'il est possible la consultation du Docteur .....et l'hospitalisation (préciser l'hôpital ou la clinique).....

☞ N° Tél. médecin traitant : .....

☞ En cas de problème grave, les familles sont contactées directement dans les meilleurs délais.

## ACTIVITES

☞ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'Accueil de loisirs sous la responsabilité du personnel d'encadrement.

## TRANSPORTS

☞ Autorise mon enfant à être transporté par un tiers (Personnel de l'Accueil de loisirs et les services de transports professionnels sollicité par le centre de loisirs).

Je soussigné..... (Père, mère ou tuteur) de l'enfant .....certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant dans ce dossier.

Date et signature précédée de la mention : « LU ET APPROUVE »

A ..... Le / /20

SIGNATURE



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphthérie				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

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 AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHÉ 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.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... 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.*

Date : ..... Signature : .....

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

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

**OBSERVATIONS**

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