



FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS

Accueil de Loisirs Enfance

2010-2011

Tranche d'âge

Bulbille (2007-2008 (+ 3 ans)) :

Gourmands (2006-2005) :

Cactus (2004 -2003) :

Sarracénias (de 1997(- 13 ans) à 2002) :

Nom de l'enfant :

.....

Prénom :

Né (e) le/...../.....

Age :

Adresse des parents :

.....

.....

Téléphone :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Mail :

Prestations familiales :

Caisse d'allocations familiales :

Adresse

N° d'allocataire

Mutualité Sociale Agricole :

Adresse

.....

N° d'allocataire

Assurance :

Adresse

N° de police

Numéro de Sécurité Sociale :

.....

Adresse de la CPAM

Nom du père Prénom

Profession

Nom, adresse, téléphone de l'employeur

.....

Nom de la mère Prénom

Profession

Nom, adresse, téléphone de l'employeur

.....

Représentant légal de l'enfant : Nom Prénom

Si autre qu'un des parents : Nom Prénom

Adresse

Numéro de téléphone

Je soussigné (e)
Adresse
Responsable de l'enfant (nom et prénom)

Autorise les organisateurs et l'équipe de direction du centre de loisirs de MELESSE à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence et les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires et m'engage à rembourser les frais médicaux et les frais pharmaceutiques avancés par le centre de loisirs.

Nom du médecin traitant
Adresse et numéro de téléphone

Personne (s) à prévenir en cas d'absence des parents ou du responsable légal :

Nom, prénom N° de téléphone

Nom, prénom N° de téléphone

SORTIES DE L'ENFANT

J'autorise mon enfant à rentrer SEUL à la maison après le fonctionnement de l'accueil de loisirs.

OUI à Heures (prévenir si changement d'heure de sortie)

NON

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom, prénom N° de téléphone

Nom, prénom N° de téléphone

Nom, prénom N° de téléphone

Je m'engage à communiquer tout changement de cette liste (par écrit) auprès de la direction.

Ayant pris connaissance du fonctionnement du centre de loisirs et des conditions financières, je soussigné (e) responsable légal de l'enfant
.....

**** rayer la ou les mentions non souhaitée (s).***

- certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche *
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre, déplacements (à pied, à vélo, en car, en train) et sorties (baignade, patinoire, camping, visites ...) *
- prends note que mon enfant est sous la responsabilité de la structure que pendant les heures de présence de l'enfant au centre *
- atteste avoir souscrit une assurance périscolaire*
- accepte l'utilisation de l'image de mon enfant pour le journal et le site internet communal, le Ouest France ou le journal interne de l'accueil de loisirs, et renonce à toute contrepartie financière *

A, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le temps de présence du mineur sur l'accueil de Loisirs Enfance (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou de loisirs).

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : (âge :) **SEXE :** M F

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
BCG				Hépatites B	
				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Poids : Taille :
(Informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES :

Alimentaires	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres (animaux, plantes, pollen)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui non

.....

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne,...

.....

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

Nom Prénom

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Téléphone portable :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Je soussigné(e),, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :