

2015
FICHE D'INSCRIPTION
ACCUEILS DE LOISIRS « Extra et périscolaire » et GARDERIE

CADRE RESERVE A L'ORGANISME

OBSERVATIONS :

Dossier visé par :

L'ENFANT

NOM ET PRENOM : SEXE : GARÇON FILLE

DATE DE NAISSANCE : ECOLE CLASSE

N° DE SECURITE SOCIALE :

ADRESSE DU DOMICILE :

.....

LE PERE

NOM ET PRENOM :

PROFESSION :

REGIME PROFESSIONNEL GENERAL MARITIME MSA AUTRES

E-MAIL :

N° D'ALLOCATAIRE :

LA MERE

NOM ET PRENOM :

PROFESSION :

REGIME PROFESSIONNEL GENERAL MARITIME MSA AUTRES

E-MAIL :

N° D'ALLOCATAIRE :

| N° DE TELEPHONE | DOMICILE | TRAVAIL | MOBILE |
|-----------------|----------|---------|--------|
| PERE | | | |
| MERE | | | |
| AUTRES | | | |



- **Votre enfant présente -il des troubles de la santé, pouvant nécessiter un traitement ou des soins, pendant l'accueil de loisirs? OUI (le reporter sur la fiche sanitaire) NON**



- **Votre enfant a-t-il un régime alimentaire : Sans viande Sans porc**

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A EGUILLES LE / /

SIGNATURE

2015
AUTORISATION PARENTALE
ACCUEILS DE LOISIRS « Extra et périscolaire » et GARDERIE

NOM et PRENOM (de l'enfant)

REGLEMENT INTERIEUR

JE SOUSSIGNE MONSIEUR

ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE LE REGLEMENT INTERIEUR.

JE SOUSSIGNEE MADAME

ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE LE REGLEMENT INTERIEUR.

L'APPLICATIF CAFPRO (se référer au règlement intérieur de l'accueil de loisirs extrascolaire page 4)

AUTORISE L'EQUIPE DE DIRECTION A L'UTILISATION DE CAFPRO :

OUI NON

FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

AUTORISE MON ENFANT A PARTICIPER AUX ACTIVITES :

OUI NON

AUTORISE MON ENFANT A SE DEPLACER EN MINIBUS OU EN AUTOCAR :

OUI NON

AUTORISE L'EQUIPE D'ANIMATION A PRENDRE LES MESURES NECESSAIRES (recours au service d'urgence, hospitalisation, anesthésie générale) EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE ET M'ENGAGE A REMBOURSER LES FRAIS CORESPONDANTS :

OUI NON

AUTORISE L'EQUIPE D'ANIMATION A FILMER ET A PHOTOGRAPHER MON ENFANT :

OUI NON

LES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER MON ENFANT SONT :

| NOMS | LIENS | TELEPHONE |
|------|-------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

OBSERVATIONS PARTICULIERES.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A EGUILLES LE /..... /.....

SIGNATURE

2015
FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ACCUEILS DE LOISIRS « Extra et périscolaire » et GARDERIE

1. L'ENFANT

NOM ET PRENOM : SEXE : GARÇON FILLE

DATE DE NAISSANCE : ECOLE..... CLASSE

NOM ET TEL DU MEDECIN DE FAMILLE :

2. LES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination 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 LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ANTERIEURS CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSE OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ACTUELS CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant présente -t-il des troubles de la santé, pouvant nécessiter un traitement ou des soins, pendant l'accueil de loisirs? OUI NON

Si oui lesquels ?

Si votre enfant présente des troubles de la santé importants, pouvant nécessiter un traitement ou des soins, pendant l'accueil de loisirs, il est recommandé de mettre en place un P.A.T.S (Procédure Adaptée aux Troubles de la Santé) avec la direction ou nous fournir une copie du P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) mis en place avec l'école.

VOULEZ-VOUS METTRE EN PLACE UN P.A.T.S OU NOUS FOURNIR UNE COPIE DU P.A.I OUI NON

Pour les enfants sous traitement médical ponctuel, le personnel de l'accueil de Loisirs peut vérifier la prise des médicaments, sous réserve de fournir l'ordonnance avec posologie et les médicaments à prendre à la direction.
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèses auditives...)

.....
.....

6. OBSERVATIONS PARTICULIERES

.....
.....

7. RESPONSABLE DU MINEUR (personne à prévenir en cas d'urgence)

NOM ET PRENOM :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

A EGUILLES LE / /

SIGNATURE

