



# ACCUEIL DE LOISIRS

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### ANNEE 2021

#### ENFANT :

Nom..... Prénom.....

Date de Naissance ..... Age..... Sexe. F  M

#### RESPONSABLES LEGAUX :

##### Père – Mère – Responsable légal

Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

Commune..... Code Postal .....

Domicile : ..... Portable.....

##### Adresse e-mail :

Profession..... Travail..... Employeur.....

##### Père – Mère – Responsable légal

Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

Commune..... Code Postal .....

Domicile : ..... Portable.....

##### Adresse e-mail :

Profession..... Travail..... Employeur.....

Situation de famille Si séparation, parent qui a la garde :

##### Frères et Sœurs

Nom ..... Prénom.....

Nom ..... Prénom.....

#### IMMATRICULATION :

N° Sécurité Sociale.....

Régime

CAF  MSA  Autres

N° d'allocataire.....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Médecin Traitant .....

Commune ..... ☎ Cabinet .....

## 1. Vaccinations

Fournir la photocopie des vaccinations disponible dans le carnet de santé

## 2. Renseignements médicaux

RUBEOLE 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"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
OTITE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE 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       - Alimentaire            Oui  Non

- Médicamenteuse    Oui  Non       - Autres            Oui  Non

- Repas    Classique     Végétarien

Précisez la cause de l'allergie :

.....  
.....

**« Tout traitement médical ou autre problème de santé sera suivi par un PAI (Plan d'Accueil Individualisé établi en amont) »**

Indiquer les difficultés de santé (maladies, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant les dates :

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

## 3. Recommandations des parents

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives ou dentaires

.....  
.....

# AUTORISATIONS

## 1. Autorisation de personnes à venir récupérer l'enfant :

- Nom et Prénom .....

☎ Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

- Nom et Prénom .....

☎ Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

- Nom et Prénom .....

☎ Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

**« Aucun enfant n'est autorisé à quitter le centre seul sans décharge »**

## 2. Droit à l'image :

Lors des différentes activités, des photos et vidéos sont prises et sont utilisées à des fins d'illustrations dans différents supports de communication (journaux locaux, site internet de la Mairie, expositions au centre de loisirs). En acceptez-vous l'utilisation ?

Oui  Non

## 3. Santé

L'accueil de loisirs se donne l'autorisation de faire appel aux services d'urgence (Pompiers, Samu) en cas d'accident.

- Hospitalisation Oui  Non  - Chirurgie Oui  Non

Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

- Nom et Prénom .....

☎ Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

## 5. Sorties

Dans le cadre des projets d'animation, des sorties en bus sont organisés

Transport Oui  Non

L'enfant est il malade en bus Oui  Non

En cas d'incident, acceptez-vous le rapatriement de votre (vos) enfant(s) sur le centre par un agent avec un véhicule de la commune ?

Oui  Non

# **ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR**

Je soussigné M.et/ou Mme .....

Responsable légal de l'enfant .....

Déclare exact les renseignements portés sur ce dossier.

J'atteste avoir bien pris connaissance du règlement intérieur de l'ACM et d'en accepter les conditions.

Date

Signature

A ce dossier, les parents s'engagent à nous faire parvenir les documents ci-joints :

- Fiche sanitaire
- Avis d'imposition année 2020 sur revenu 2019
- Photocopie des vaccins à jour (carnet de santé)
- Bon CAF (original)
- Assurance extra-scolaire
- Bon d'inscription
- Paiement