



Dossier d'inscription

Accueils de loisirs ou Espace Jeunes

Sept. 2023 –Août 2024

Infos enfant / ados :

Nom : Prénom:

Date de naissance : Age : Sexe:

Lieu de naissance :

Ecole / collège fréquenté(e) :

Autorisations Parentales :

Autorise Le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe pendant toute la période de validité du dossier, ainsi qu'à transporter ou faire transporter mon enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.
 N'autorise pas

Autorise J'autorise l'espace d'animations Stéphane Hessel à utiliser les photos et/ou vidéos prises dans le cadre des activités auxquelles je suis susceptible de participer (spectacles, sorties, animations collectives, ateliers, etc.), à des fins non commerciales, c'est-à-dire uniquement pour des raisons de reportage, de comptes rendus, d'information et de communication.
 N'autorise pas

Autorise La direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction).
 N'autorise pas

Autorise Le personnel à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
 N'autorise pas

Autorise Autorise les responsables à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser au centre social les avances des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
 N'autorise pas

Départ de l'enfant : Mon enfant de plus de 8 ans repart seul
 Je viens chercher mon enfant
 Une tierce personne vient chercher mon enfant

Personnes autorisées à récupérer mon enfant :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Sortie des enfants de moins de 8 ans Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement de l'accueil de loisirs, que s'il est accompagné de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation. Le centre se réserve le droit de demander une pièce d'identité à toute personne venant chercher l'enfant.

Signatures :

Je soussigné(e) M responsable légal de l'enfant : atteste sur l'honneur l'exactitude des informations données.

A MERVILLE, le

Signature

Fiche Sanitaire de Liaison :

Cette fiche permet de recueillir les informations médicales utiles pendant les accueils de loisirs. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de l'enfant.

1. ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : F G
Date de naissance : ___/___/___ Age : Pointure : Taille :

2. VACCINATIONS

Photocopie des vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou certificats de vaccinations à **joindre obligatoirement au dossier**

3. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angines		Rhumatismes		Scarlatine			
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otites		Hépatite		Rougeole		Oreillons			
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

Asthme : Oui Non Médicamenteuse Oui Non
Alimentaire Oui Non Autre :
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :
.....

TRAITEMENT MEDICAL :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant sa présence au centre social 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.**

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

L'enfant porte-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autre :

Précisez :

Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

(NB : Les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite).

5. PRISE ENCHARGE PARTICULIERE

Votre enfant doit-il bénéficier d'une prise en charge particulière ? Oui Non

Exemple : Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Fiche Sanitaire de Liaison

6. RESPONSABLE(S) de L'ENFANT PENDANT LES ACCUEILS DE LOISIRS

Responsable 1 . Père Mère Autre

Nom : Prénom:

Adresse :

Téléphone (fixe et portable) :

Téléphone travail :

Responsable 2 . Père Mère Autre

Nom : Prénom:

Adresse :

Téléphone (fixe et portable) :

Téléphone travail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

Hôpital en cas d'urgence (si possible) :

Téléphone :

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame
responsable(s) de l'enfant déclare(nt) exacts les
renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activités, à prendre, le cas
échéant, toutes mesures, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention
chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

Fait à le

Signature :

Renseignements des représentants légaux

Responsable légal 1. Père Mère

Nom : Prénom:
Adresse :
Téléphone (fixe et portable) :
Téléphone travail :

Responsable légal 2. Père Mère

Nom : Prénom:
Adresse :
Téléphone (fixe et portable) :
Téléphone travail :

Famille d'accueil.

Nom : Prénom:
Adresse :
Téléphone (fixe et portable) :

Coordonnées des personnes autorisées à venir reprendre l'enfant

Nom, Prénom	Lien de Parenté	Téléphone