

Dossier d'inscription Accueil de loisirs *Les Lutins Rieurs* Année scolaire 2018-2019



Nom & Prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

 **MERCREDIS**

 **VACANCES**

Accueil de Loisirs *Les Lutins Rieurs*

Ecole publique de Villefort

Avenue de la Gare

48300 VILLEFORT

Tel : 06.78.39.55.92 / Mail : alsh.leslutins@gmail.com

Service de la Communauté de Communes Mont-Lozère

Siège social :

Route du mont-lozère - Le Bleyard

48190 MONT LOZERE ET GOULET

Tel : 04.66.31.68.85


mont-lozère
service enfance et jeunesse

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'enfant vit chez : ses deux parents sa mère son père autre

en alternance (à préciser) :

autre (à préciser) :

RESPONSABLE LEGAL – PERE

Autorité parentale : oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mobile :

Adresse mail :

Téléphone professionnel :

Numéro d'Allocataire :

(Préciser le nom de votre caisse d'allocations familiales, CAF, MSA, autre) :

☺ ⇒ NECESSAIRE pour appliquer le tarif journée selon votre QF **si l'enfant est rattaché à vous**)

RESPONSABLE LEGAL – MERE

Autorité parentale : oui non

Nom de jeune fille :

Nom marital : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Mobile :

Adresse mail :

Téléphone professionnel :

Numéro d'Allocataire :

(Préciser le nom de votre caisse d'allocations familiales, CAF, MSA, autre) :

☺ ⇒ NECESSAIRE pour appliquer le tarif journée selon votre QF **si l'enfant est rattaché à vous**)

ASSURANCES

Nom de votre assurance civile : N° de police :

N° de sécurité sociale :

(Joindre photocopie attestation de responsabilité civile).

**PERSONNE A APPELER EN CAS D'URGENCE ET / OU
AUTORISEE A PRENDRE L'ENFANT DURANT TOUTE L'ANNEE SCOLAIRE**

Nom : Prénom :
Cette personne est : à appeler en cas d'urgence autorisée à prendre l'enfant à la sortie
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. fixe : Mobile : Tél. professionnel :

Nom : Prénom :
Cette personne est : à appeler en cas d'urgence autorisée à prendre l'enfant à la sortie
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. fixe : Mobile : Tél. professionnel :

Nom : Prénom :
Cette personne est : à appeler en cas d'urgence autorisée à prendre l'enfant à la sortie
Lien avec l'enfant :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél. fixe : Mobile : Tél. professionnel :

AUTORISATIONS DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la sortie de l'accueil de loisirs, à 17h oui non

J'autorise le centre de loisirs à transporter mon enfant, lors de sorties organisées dans le cadre de ses activités, dans un de leur véhicule oui non

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations, j'autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant (photos et vidéos) sur les supports de communication de la Mairie ou de la communauté de communes, des magazines et journaux locaux : oui non

AUTORISATION ATELIERS CUISINES / GOÛTERS

Dans le cadre de ses activités pédagogiques, l'équipe d'animation peut proposer des ateliers cuisine aux enfants (confections de gâteaux, salades de fruits... De même, certains parents souhaitent apporter des gâteaux lors de certaines manifestations (anniversaires, goûters ouverts aux parents et aux enfants...).

J'autorise mon enfant à participer à ces activités cuisine et à manger les gâteaux confectionnés par les enfants ou les parents : oui non
(Spécifier dans la fiche sanitaire si problèmes allergies alimentaires ou autres)

Je (nous), soussigné(s)responsables de l'enfant,déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Date :/...../.....

Signature du/des parent(s) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

1 - VACCINATIONS (joindre une photocopie du carnet de vaccination).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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

2 - 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 ?

<p>RUBÉOLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>VARICELLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ANGINE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>SCARLATINE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
<p>COQUELUCHE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>OTITE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ROUGEOLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>OREILLONS</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	

ALLERGIES : ASTHME

MÉDICAMENTEUSES

ALIMENTAIRES

SI VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE D'UN PAI DANS LE CADRE SCOLAIRE, NOUS VOUS DEMANDERONS OBLIGATOIREMENT DE NOUS FOURNIR UNE ORDONNANCE ET DES MÉDICAMENTS INDÉPENDAMMENT DE CEUX DE L'ÉCOLE. LE CAS ÉCHÉANT, ET POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ, NOUS NE POURRONS ASSURER UNE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT.

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**.

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

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

TELEPHONE

Autorisation de faire procéder à toute intervention médicale/chirurgicale en cas de nécessité :

OUI NON

Groupe sanguin : Rhésus :

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 :