

Dossier d'inscription ALSH Périscolaire et extrascolaire

Tel 04.77.69.70.61 / Fax 04.77.69.68.73
Courriel aclvv@wanadoo.fr

Siège : Mairie - 7 Rue du Clos
42300 Villerest

Centre de Loisirs Sans Hébergement
La Léva - 42300 Villerest

Fiche individuelle (année 2022-2023)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Ecole :

Classe :

Repas Spéciaux : sans porc sans viande

Sait nager : oui non

Allergies : oui non AVEC PAI : A joindre automatiquement

RESPONSABLE 1

RESPONSABLE 2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Tél (domicile) :

Tél (domicile) :

Tél (travail) :

Tél (travail) :

Tél (portable) :

Tél (portable) :

Mail :

Mail :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Numéro d'allocataire CAF :

Quotient Familial : (ou avis d'imposition)

Régime de couverture sociale : (à cocher)

Sécurité sociale MSA Autres (préciser)

Pièces à fournir obligatoirement : photocopie des dernières vaccinations DTPolio, fiche sanitaire,

Je soussigné (e), Responsable légal de l'enfant
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Fait le, à

Signature :

Fiches d'Autorisations Parentales

Je soussigné (e)

responsable de l'enfant

- * autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre les mesures d'urgences nécessitées par l'état de santé de mon enfant (SAMU, Pompiers, hospitalisations...)
Oui Non
- * autorise le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'école pour les activités (salle Oxygène, terrains de sport, Salle d'Animation Rurale, Carré d'Urfé...)
Oui Non
- autorise mon enfant à rentrer seul après les activités
Oui, à partir de l'école Oui, à partir du centre la Léva Non
- * autorise le centre de loisirs à utiliser l'image de mon enfant pour la diffusion de documents (plaquettes d'activités, presse, ...)
Oui Non
- autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources 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)
Oui Non
- * autorise le personnel à transporter mon enfant dans leurs véhicules
Oui Non
- * autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant.
 - Nom : Prénom :
 - Nom : Prénom :
 - Nom : Prénom :
- j'atteste que j'ai souscrit à une assurance responsabilité civile scolaire et extra scolaire pour mon enfant
Oui Non

Date:

Signature :

Validation des règlements intérieurs des Accueils de Loisirs Sans Hébergement

Je soussigné (e)

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Périscolaire,
- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Extrascolaire,

Et m'engage à en respecter tous les termes.

A..... le.....

Signature du Parent 1

Signature du parent 2



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations 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 Tetracog				Autres (préciser)	

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

3 - 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

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.)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
