

Dossier d'inscription A.L. et E.J. 2022/2023

Pièces à fournir : 1 photos d'identité, copie des vaccinations de l'enfant/jeune, copie du dernier avis d'imposition, le numéro allocataire CAF et un justificatif de domicile



Nom et Prénom de l'enfant / du jeune	
Adresse :	Né(e) le :
	Sexe :
	Nationalité :
	N° CAF (allocataire) :
Médecin :	Tel médecin :

Généralité	
Scolarité	Photo :
Classe : Enseignant :	
Etabl. Scolaire :	
Repas spéciaux	

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'individu autre que les responsables légaux		
Interdit	Nom - Prénom	Téléphone
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Parents	
Parent 1	Parent 2
Civilité :	Civilité :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Email :	Email :
Téléphone :	Téléphone :
Portable :	Portable :
Pofession :	Pofession :
Employeur :	Employeur :

FICHE DE COMPLEMENT D'INSCRIPTION ANNEE 2022 / 2023

A.L. « Alice »
 A.L. « Bretonnière »
 A.L. « Grands Chênes »
 Espace Jeunes (E.J)

J'inscris mon enfant/jeune les jours suivants (hors vacances scolaires) :

A.L. Périscolaire		Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Matin	7h30-8h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée	16h30-17h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17h30-18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.L. Mercredi	Matin sans repas 7h30-12h00	Matin avec repas 7h30-14h00	Journée complète 7h30-18h30	Après-midi sans repas 13h30-18h30	Après-midi avec repas 11h30-18h30
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.J. Périscolaire		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Soirée	16h30-18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	13h00-18h30			<input type="checkbox"/>		

- Possibilité de navette pédibus du collège à l'espace jeunes.
- Possibilité de navette minibus de l'espace jeunes en direction des Hameaux

Votre enfant/jeune fréquentera l'Accueil de Loisirs à partir de : _____ 2022

AUTORISATION 2022 / 2023

Je soussigné(e) Mr, Mme Reconnais être informé(e) que l'inscription aux activités de l'A.L. et E.J. vaut acceptation de l'ensemble des clauses du règlement intérieur qui sera transmis sur demande.

Autorise mon enfant/jeune à participer aux différentes sorties annuelles organisées par l'A.L. et l'E.J.	OUI
	NON
Autorise l'Accueil de Loisirs et Espace Jeunes à me faire parvenir mes factures à l'adresse mail indiqué ci-dessous pour l'envoi des factures électroniques.	OUI
	NON
Autorise la structure à consulter le site de la CAF afin d'obtenir mon quotient familial. Ce dernier sera utilisé pour calculer mon tarif horaire.	OUI
	NON
Autorise mon enfant/jeune à quitter seul la structure. (Sur précision des jours par la famille ou en cas d'absence de la famille devant l'A.L./E.J).	OUI
	NON
Autorise la structure à prendre en photo mon enfant/jeune et également à diffuser ces dernières pour une durée illimitée sur les plaquettes et documents de la structure	OUI
	NON
Autorise la structure à prendre en photo mon enfant/jeune et également à diffuser ces dernières pour une durée de 1 an sur kidizz.	OUI
	NON

Je (nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'individu certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date

Signature du responsable légal



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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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
