

ACCUEIL DE LOISIRS – MERCREDI/SAMEDI (CAJ)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant :
(nom et prénom)
Date de naissance : Âge :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
(du domicile du ou des parents)
Mail :
N° CAF :
Coefficient CAF :

Liste des documents à fournir pour la constitution du dossier :

- Attestation de responsabilité civile
- Photocopie du carnet de vaccination
- Feuille CAF ou dernier avis d'imposition
- Fiche sanitaire REMPLIE et SIGNÉE

INSCRIPTION

MATERNELS - PRIMAIRES			CAJ	
MERCREDI			MERCREDI	SAMEDI
<u>MATIN AVEC REPAS</u> de 08:45 – 09:15 à 12:00 – 12:15	<u>APRES-MIDI</u> de 13:45 – 14:00 à 16:45 – 17:15	<u>JOURNEE AVEC REPAS</u> de 08:45 – 09:15 à 16:45 – 17:15	<u>APRES-MIDI</u> de 14:00 à 18:00	<u>APRES-MIDI</u> de 14:00 à 18:00

Attention : au bout de 2 absences injustifiées (sans certificat médical) par période, il ne sera plus possible de s'inscrire pour les prochaines périodes.

RESPONSABLES DE L'ENFANT

PERE nom prénom : **MERE** nom prénom :
adresse : adresse :
.....
tél. portable : tél. portable :
profession : profession :
tel. pro. : tel. pro. :
n° sécu. sociale : n° sécu. sociale :
(ou autre assurance, précifiez)

AUTORISATION PARENTALE

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
(plusieurs choix possibles)

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Nom : Prénom : tel :
Nom : Prénom : tel :
Nom : Prénom : tel :

Sortie des enfants de moins de 8 ans

Nous autorisons notre enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre, 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.

Y-a-t-il une personne interdite de visite ? OUI NON

Si oui, nom : prénom :
(Merci de joindre la copie de décision de justice)

L'inscription au centre de loisirs implique pour chacun, l'engagement de participer à la vie collective, aux services et activités prévus au programme*.

Je soussigné(e), père, mère, tuteur (cocher les cases)

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du centre (statuts et règlement intérieur consultables sur notre site internet) ainsi que les modalités de paiement de l'accueil et séjours
- Déclare accepter de respecter les horaires de fermeture du centre (max 18h00)
- Autorise mon enfant :
 - à participer aux activités organisées par le centre (transport compris)
 - à voyager (en voiture individuelle / en transport collectif)
 - à se baigner
 - à pratiquer tous les sports
- Autorise le centre à prendre des photos de moi-même ou de mon enfant pendant un temps d'animation et à les diffuser gratuitement dans les journaux locaux, panneaux d'affichage, blog et Facebook de l'ESL.
- 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 les avances des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Fait à le
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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

1 – ENFANT

NOM : SEXE : FILLE GARÇON
PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE			VARICELLE			ANGINES			RHUMATISMES			SCARLATINE		
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI
COQUELUCHE			OTITES			HÉPATITE			ROUGEOLE			OREILLONS		
NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI	NON	<input type="checkbox"/>	OUI

ALLERGIES

ASTHME : OUI NON MÉDICAMENTEUSE : OUI NON
ALIMENTAIRE : OUI NON autre :
Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Difficultés de santé à signaler :
.....

TRAITEMENT MÉDICAL

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? OUI NON
Si oui, joindre l'ordonnance 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.**

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, etc ?
Précisez :

VOTRE ENFANT SAIT NAGER : OUI NON
(NB : Les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite)

4 - PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE

VOTRE ENFANT DOIT-IL BÉNÉFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE ?
OUI NON
Si oui, n'hésitez pas à demander un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) à l'accueil de l'ESL.
Ce document doit être complété et signé par votre médecin.

5-RESPONSABLE DE L'ENFANT PENDANT LE CENTRE DE LOISIRS

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
TEL. PORTABLE : TEL. TRAVAIL :
NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :
HOPITAL EN CAS D'URGENCE (si possible) : TEL :
EN CAS D'URGENCE ET SI JE NE SUIS PAS JOIGNABLE, JOINDRE :
Mr / Mme..... TEL :

Je soussigné(e) responsable de l'enfant.
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à le SIGNATURE