

# 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 .....