



# ACCUEIL DE LOISIRS

## Fiche d'inscription et de renseignements

PUYRICARD  COUTERON  AVRIL 2024

**REFERENCE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRENOM.....  
 Date de naissance ..... Age .....

REFERENCE DES PARENTS	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
RESPONSABLES LEGAUX	<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR	<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR
NOM		
PRENOM		
ADRESSE CP - VILLE		
SITUATION DES PARENTS	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Divorcé(e) / séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf	
N° TEL		
ADRESSE MAIL		
PROFESSION		
EMPLOYEUR		
N° de téléphone du travail OU N° en cas d'urgence		

N° C.A.F. ou M.S.A. (indispensable) : ..... Nom de l'allocataire..... Caisse : .....  
 Assurance extra-scolaire : Nom : ..... N° de police : .....

**AUTORISATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e), ..... Père, Mère, Tuteur <sup>1</sup>

- Autorise mon enfant à participer aux activités, stages et sorties en car de l'Accueil de Loisirs sous la responsabilité du personnel d'encadrement : oui  non  <sup>1</sup>
- Autorise : Mon enfant à rentrer seul à partir de 17 h 00 après avoir prévenu l'animateur : oui  non  <sup>1 et 2</sup>
- J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant :

M ou Mme	NOM	Prénom	Lien (gds-parents, amis,...)	Tél°

Pour les personnes ayant un droit de garde exclusive, faire parvenir un document du tribunal spécifiant les personnes non habilitées à venir chercher l'enfant.

- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités du Centre Socio Culturel et de l'accueil de loisirs (Plaquettes d'information, site Internet du centre, presse, exposition...): oui  non  <sup>1</sup>
- Autorise le Centre Socio Culturel à consulter mes données personnelles sur le site CAFPARTENAIRE : oui  non  <sup>1</sup>  
 Si non, fournir obligatoirement la feuille d'imposition en cours

Puyricard, le  
 LU ET APPROUVÉ

Signature des parents :

**REGLEMENT INTERIEUR et PROJET PEDAGOGIQUE**

Je certifie avoir pris connaissance du projet pédagogique ainsi que du règlement intérieur de l'accueil de loisirs ( petit guide ) et m'engage à en respecter les modalités.

Puyricard, le  
 Lu et approuvé

Signature des parents :



<sup>1</sup> cocher votre choix    <sup>2</sup> uniquement pour les enfants de plus de 10 ans

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance: ..... Sexe : Masculin  Féminin 1

Médecin traitant : ..... n° Téléphone : .....

**1. VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES Selon l'âge de votre enfant	Nés avant 2018	Nés à partir de 2018	DATE 1 <sup>er</sup> vaccin	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS
<b>DTPOLIO - Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite</b>	X	X			<b>BCG</b>
<b>Coqueluche</b>		X			<b>Test Tuberculinique</b>
<b>Haemophilus influenza type B</b>		X			
<b>Hépatite B</b>		X			
<b>Pneumocoque</b>		X			
<b>Méningocoque</b>		X			
<b>ROR - Rougeole / Oreillons / Rubéole</b>		X			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui  non 1

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Rubéole	Varicelle	Angines	Oreillons	Coqueluche	Otites	Rougeole	Scarlatine
---------	-----------	---------	-----------	------------	--------	----------	------------

**DEMANDE de P.A.I** oui  non 1 ( préciser la cause de et la conduite à tenir) .....

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non 1 - MEDICAMENTEUSES oui  non 1 - ALIMENTAIRES oui  non 1

**VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ?** oui  non 1

Si oui lequel : .....

N° Dossier MDPH : .....

**REGIME ALIMENTAIRE :** Sans Porc  Végétarien 1

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE DE VOTRE ENFANT ET LA CONDUITE A TENIR (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) :

NATURES	DATES



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 (traitements médicaux, appel des urgences et pompiers pour hospitalisations et/ou interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à rembourser s'il y a lieu les frais médicaux occasionnés : oui  non 1

Puyricard le : .....

Signature des parents :

<sup>1</sup> Cocher votre choix