

DOSSIER D'INSCRIPTION

accueil de loisirs

de LEON

Ceci est un nouveau dossier pour tous les enfants fréquentant le centre de loisirs (garderie, mercredis, séjours et vacances) ainsi que **INTERCLASSE** (entre 12h00 et 14h00)

Afin de valider l'inscription, veuillez s'il vous plait nous ramener ce dossier accompagné des documents suivants :

- Photocopie des vaccins
- Assurance extrascolaire en cours
- Fiche sanitaire remplie
- Bons Vacances CAF/MSA ou attestation QF
- L'autorisation de prise en charge par votre Mairie (pour les familles ne résidant pas à Léon)

Le règlement intérieur ainsi que les divers projets pédagogiques sont disponibles sur le site internet :

<http://leon40.canalblog.com>

DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS

Photo non obligatoire

ENFANT:

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) :

Père / mère / autre

NOM : Prénom :

Profession :

Date et lieu de naissance :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone : / / / / Portable : / / / /

E-mail :

Père / mère / autre

NOM : Prénom.....

Profession :

Date et lieu de naissance :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone : / / / / Portable : / / / /

E-mail :

Vous êtes affiliés : CAF MSA AUTRE (précisez)

NUMERO ALLOCATAIRE CAF/MSA :

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant et à contacter en cas de problèmes :

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant (grand parent, nounou...)	Numéro de téléphone

Je soussigné(e), représentant légal de
l'enfant

- Autorise mon enfant à participer aux animations de l'accueil de loisirs en dehors du centre (sortie en bus ou minibus)
- Autorise le responsable à se servir des photos de mon enfant prises lors des journées d'animation pour une éventuelle publication (bulletin municipal, blog et page facebook de l'accueil de loisirs, montage vidéo...)
- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs
- Atteste avoir été informé de l'intérêt de souscrire une assurance dommages en cas de tiers responsable non identifié

Fait le

Signature

COMMENTAIRES EVENTUELS, REMARQUES :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ n°tel : _____

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, 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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....