

A LIRE ET A SIGNER :

- Je, soussigné(e), Mr ou Mme..... responsable de l’enfant désigné précédemment, certifie avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement de l’ALSH.
- Je déclare y souscrire entièrement et autorise mon enfant à participer aux activités prévues dans le cadre de l’Accueil Collectif de Mineur.
- Je m’engage, s’il y a lieu, à rembourser l’accueil de loisirs, les frais médicaux occasionnés en cas d’intervention du médecin.
- Je certifie sur l’honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur de l’accueil de loisirs.
- ☐ J’autorise mon fils, ma fille à quitter **l’espace jeunes** par ses propres moyens après les activités proposées.
- ☐ J’autorise les personnes suivantes à conduire et à ramener mon enfant :

Nom,
Prénom.....
.....
N° de
tel.....
.....

Nom,
Prénom.....
.....
N° de
tel.....
.....

Nom,
Prénom.....
.....
N° de
tel.....
.....

Signature :

DROIT A L’IMAGE :

J’autorise l’équipe d’animation et l’organisateur à utiliser l’image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l’illustration de l’espace jeunes.

☐ OUI ☐ NON

Signature :

DECHARGE POUR LES DENREES ALIMENTAIRES PREPAREES PAR LES FAMILLES ET APORTEES AU SEIN DES ALSH :

L’arrêté du 9 mai 1995 réglementant l’hygiène des aliments remis directement au consommateur et le suivi de l’accueil de loisirs par les Services Vétérinaires implique des règles d’hygiène de plus en plus strictes. L’établissement ne peut être tenu responsable de la qualité sanitaire des aliments préparés par les parents à domicile ainsi que la température lors du transport (maximum +4°C)

Je soussigné Mme, Mr....., certifie avoir pris connaissance du texte ci-dessus avant signature et de ce fait autorise l’équipe de l’ALSH à donner les repas préparés et transportés par mes soins (décharge valable pour la durée du séjour, de la sortie ou de l’activité de mon enfant à l’ALSH).

Par conséquent, je décharge le personnel de l’ALSH de la responsabilité en cas d’incident lié à l’indigestion de ces repas.

Fait à Mèze, le.....

Signature :

FICHE D'INSCRIPTION
Accueil de Loisirs Sans Hébergement

ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

Tampon structure

ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Conditions d'inscription et pièces à fournir :

- Photo d'identité
- La fiche sanitaire de liaison jointe et une photocopie des vaccinations (carnet de santé)
- Attestation d'assurance responsabilité civile (scolaire /extra scolaire).
- Les 2 derniers avis d'imposition
- Régime allocataire (CAF, MSA, CMAF....) et numéro d'allocataire
- Pour les enfants de 3 à 5 ans un certificat médical qui atteste l'aptitude à la vie en collectivité.

NOM de l'enfant
Prénom
Date de naissance
Age
Classe
Nom du représentant légal de l'enfant (père, mère, tuteur légal)
Adresse complète
Code postal
Ville
TELEPHONE
Domicile
En cas d'urgence
Email

Nous devons pouvoir vous joindre à tout moment de la journée

Nom du Père
Nom de la Mère
Profession
Profession
Employeur
Employeur
N° professionnel
N° Professionnel
Portable Père
Portable Mère
N° de sécurité sociale

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date
Signature

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?
SI OUI, LEQUEL ?
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM
PRENOMS
ADRESSE (pendant la période du séjour)

N° DE S.S.
N° DE TEL
DOMICILE
BUREAU

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
Je soussigné, responsable 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, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature
DATE

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR :
Cachet de l'Organisme (siège social)
ARRIVEE LE
DEPART LE

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN
PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐

FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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 ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....