

DOSSIER D'INSCRIPTION 2020-2021

Accueil de loisirs de St Martin d'Abbat

MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT.

ENFANT CONCERNÉ

NOM :		Prénom :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille	Age :
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Adresse :			
Ecole fréquentée :		Classe :	

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

CONTACTS	Père ou tuteur légal	Mère ou tuteur légal
NOM Prénom		
Profession		
Employeur		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Tél. travail		
Email		
N° de sécurité sociale		
Autre Personne à prévenir en cas d'URGENCE		

SITUATION DES PARENTS

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Vie maritale |
| <input type="checkbox"/> Pacsés | <input type="checkbox"/> Mariés |
| <input type="checkbox"/> Veuf (ve) | |
| <input type="checkbox"/> Séparés | <input type="checkbox"/> Divorcés |
- Garde de l'enfant pendant le séjour :
- Père Mère Alternée
- Précision éventuelle concernant la garde :

Numéro allocataire :

CAF MSA Autres (préciser)

Quotient familial :

BAIGNADE :

Possède –t-il un diplôme ou une attestation de natation ? 25 m 50 m

Si NON, sait-il nager ? OUI NON

DÉPART DE L'ACCUEIL :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à notre domicile, tous les jours : OUI NON

Si **non**, NOM de la personne autorisée à venir le chercher :

LES DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR CLOTURER L'INSCRIPTION :

- Coupon d'inscription
- Attestation d'Assurance
- Copie du carnet de vaccination
- Fiche d'inscription (dont fiche liaison sanitaire)
- Attestation de quotient familial du mois en cours

AUTORISATIONS LEGALES :

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, toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).
- Autorise Familles Rurales à reproduire des photos de mon enfant dans ses différentes publications, dans le cadre des activités de l'association et sur le site de la commune.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées au sein de l'Accueil de loisirs.
- Confirme avoir lu et approuve le règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Lu et approuvé

Signature du responsable légal

Le



A

Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs. Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant. Pour tout renseignement, merci d'adresser un courrier à la Fédération Familles Rurales du Loiret organisatrice : 1 rue d'Aquitaine, 45380 La Chapelle St Mesmin.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020-2021

Accueil de loisirs de St Martin d'Abbat

ENFANT CONCERNÉ

NOM :		Prénom :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille	Age :
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Adresse :			
Personnes à contacter en cas d'urgence :			
			

VACCINATIONS

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaccins recommandés			
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole – Oreillons Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Joindre un certificat médical de contre-indication en cas d'absence des vaccinations obligatoires

NOM du médecin traitant :

Tel :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?	OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES

Asthme		
Médicamenteuses		
Alimentaires		

Asthme : oui non : oui non : oui non

Autres : Conduite à tenir :

.....

Préciser si l'enfant a un **régime alimentaire particulier** :

.....

DIFFICULTES DE SANTÉ

Maladie, accident, hospitalisation, opérations ou autres nécessitant des précautions à prendre. Merci de préciser les dates.

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc. Merci de préciser :

.....

.....

Signature du responsable légal

Le

A