

## DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE 2022-2023

### Accueil de loisirs de St Pérvy la Colombe

MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT.

#### ENFANT CONCERNÉ

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille	Age :
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Adresse :			
Ville :		Code postal :	

#### 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		
<b>Autre Personne à prévenir en cas d'URGENCE</b>		

#### 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 :

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Alternée
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Précision éventuelle concernant la garde :

Numéro allocataire :

<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autres (préciser)
------------------------------	------------------------------	--

Quotient familial :

### BAIGNADE :

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coupon d'inscription           | <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription (dont fiche liaison sanitaire) |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'Assurance        | <input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial du mois en cours  |
| <input type="checkbox"/> Copie du carnet de vaccination |   |

### 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 ANNEE 2022-2023

### Accueil de loisirs de St Péray la Colombe

#### 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"/>	
<b>Vaccins recommandés</b>			
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