

Dossier d'admission des accueils de loisirs

ANNÉE SCOLAIRE : 20.... / 20....

FICHE FAMILLE

PARENT 1

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

TÉL. PRINCIPAL :

EMAIL (NÉCESSAIRE POUR LE PORTAIL) :

RÉGIME ALLOCATAIRE : CAF MSA

N° ALLOCATAIRE :

PROFESSION :

TÉL. TRAVAIL :

TÉL. PORTABLE :

RESPONSABLE LÉGAL :

SITUATION FAMILIALE :

CÉLIBATAIRE

MARIÉ·E PACSÉ·E UNION MARITALE

SÉPARÉ·E DIVORCÉ·E VEUUF·VE

PARENT 2

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

TÉL. PRINCIPAL :

EMAIL (NÉCESSAIRE POUR LE PORTAIL) :

RÉGIME ALLOCATAIRE : CAF MSA

N° ALLOCATAIRE :

PROFESSION :

TÉL. TRAVAIL :

TÉL. PORTABLE :

RESPONSABLE LÉGAL :

SITUATION FAMILIALE :

CÉLIBATAIRE

MARIÉ·E PACSÉ·E UNION MARITALE

SÉPARÉ·E DIVORCÉ·E VEUUF·VE

FICHE ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DES PARENTS) :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

DATE DE NAISSANCE : / /

GARÇON

FILLE

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

CLASSE :

AUTORISATIONS PARENTALES

l'enfant repart seul à son domicile

□

J'autorise mon enfant à :

- voyager en transports collectifs

J'autorise mon enfant à être pris en photo et vidéo pour :

- affichage dans l'enceinte de la structure
 diffusion dans la presse locale
 diffusion sur les supports imprimés de Haute-Corrèze Communauté (flyers, brochures, magazines...)
 diffusion sur le portail territoire de Haute-Corrèze Communauté (www.hautecorreze.fr)
 diffusion sur la page Facebook de Haute-Corrèze Communauté
 diffusion sur la chaîne YouTube de Haute-Corrèze Communauté

Ces autorisations sont valables pour toutes les inscriptions à venir de mon enfant. Elles peuvent être modifiées ou révoquées sur simple signalement écrit de votre part auprès de votre référent de secteur. Tout autre changement concernant les renseignements sur cette fiche sont à signaler dans les plus brefs délais et par écrit auprès de votre référent de secteur.

Je soussigné·e / Nous soussigné·e·s (rayer la mention inutile)

Parent 1

Parent 2

responsables de l'enfant

déclarons

- avoir pris connaissance et compris la réglementation intérieure de l'accueil de loisirs
- accepter ce règlement
- accepter que mon / notre enfant participe aux sorties organisées par le service
- avoir recueilli le consentement de mon enfant quant à la diffusion de son image

LE

SIGNATURES DES PERSONNES

À

EXERÇANT L'AUTORITÉ PARENTALE

PIÈCES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES

- VACCINS À JOUR (DTP OBLIGATOIRE)
 AVIS D'IMPOSITION DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE
 ASSURANCE EXTRASCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE DE L'ANNÉE EN COURS
 ATTESTATION CAF/MSA AVEC NUMÉRO ALLOCATAIRE ET QUOTIENT FAMILIAL
 BONS CAF (SI NÉCESSAIRE)
 PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (SI NÉCESSAIRE)
 DIPLÔME DE NATATION "PAN" OU AISANCE AQUATIQUE SI POSSESSION (FACULTATIF)



Fiche sanitaire pour les accueils de loisirs

ANNÉE SCOLAIRE : 20.... / 20....

COORDONNÉES

NOM :

PRÉNOM :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

DATE DE NAISSANCE : / /

GARÇON

FILLE

En cas d'urgence, j'autorise la structure à présenter mon enfant à un médecin ou faire intervenir les services d'urgence.

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT :

ADRESSE DU MÉDECIN :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN :

Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques éventuels.

RESPONSABLES DE L'ENFANT

PARENT 1

NOM :

PRÉNOM :

TÉL. POUR LES URGENCES :

PARENT 2

NOM :

PRÉNOM :

TÉL. POUR LES URGENCES :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL ? OUI NON

SI OUI, LEQUEL ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de fournir une ordonnance.

DES ALLERGIES SE SONT-ELLES DÉJÀ MANIFESTÉES CHEZ VOTRE ENFANT ? OUI NON

ALIMENTATION

ASTHME

MÉDICAMENTS

CAUSE DES ALLERGIES ET CONDUITES À TENIR :

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ, EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE :

(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

OTITE

VARICELLE

COQUELUCHE

ANGINE

OREILLONS

RHUMATISME

RUBÉOLE

ROUGEOLE

RUBÉOLE

ASTHME

VACCINATIONS

LE VACCIN DTP EST OBLIGATOIRE DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION DE L'ENFANT AUX ACTIVITÉS.

(joindre les photocopies des pages du carnet de vaccination)

RECOMMANDATIONS UTILES

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses (auditives, dentaires...) ?

A-t-il des peurs ou des besoins particuliers dont vous voudriez nous faire part ?

Je soussigné·e / Nous soussigné·e·s (rayer la mention inutile)

Parent 1

Parent 2

responsables de l'enfant

déclare / déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le cas échéant, le responsable du séjour à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

LE

SIGNATURES DES PERSONNES

À

EXERÇANT L'AUTORITÉ PARENTALE