

**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 ☐ VEUF·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 ☐ VEUF·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

9

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

À

SIGNATURES DES PERSONNES

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 SUIV-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

À

SIGNATURES DES PERSONNES

EXERÇANT L'AUTORITÉ PARENTALE