

DOSSIER D'INSCRIPTION 2020/2021

CENTRE DE : _____

Nom/Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe :

Ecole :

Classe :

Enseignant :

Informations famille

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom/prénom (avec civilité Mme/ M./ ou personne morale)		
Date de naissance		
Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> tuteur
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Concubin
Adresse		
Code Postal et Commune		
Téléphone portable		
Téléphone domicile		
Téléphone professionnel		
Courriel		
Profession		
Employeur		
Adresse de l'employeur		
Catégorie socio-professionnelle	<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Autre, personne sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Autre, personne sans activité professionnelle <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Retraité
CAF/MSA	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Département : __	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Département : __
Allocataire CAF ou MSA		
Assurance		
N° de police d'assurance		

Adresse de facturation

Père Mère Autre responsable légal : (préciser le nom, le prénom et l'adresse) :

J'autorise les personnes ci-dessous à venir chercher l'enfant

Prénom	Nom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

 En cas de mesures juridiques particulières, merci de fournir la copie du jugement

Personnes à prévenir en cas de nécessité (en dehors des parents)

Prénom	Nom	Lien de parenté	Téléphone	Mobile

Pratiques alimentaires

Type de régime (précisez)	Commentaires

Données complémentaires (problème de santé, allergie,...)

Je m'engage lors de tout traitement médical à fournir l'ordonnance au personnel de la structure. Dans le cas contraire aucun traitement ne sera donné à l'enfant.

AUTORISATIONS PARENTALES ET DECHARGES

Je soussigné(e), _____, Père, Mère, Tuteur (rayer la mention inutile)

- Autorise le personnel de la structure à transporter mon enfant (à pieds ou en bus) sur différents lieux pour la pratique des activités,
- Autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de mon enfant,
- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités de l'Accueil de Loisirs (site internet de la ville, journaux locaux, blog, ...)
- Autorise mon enfant, à partir de 7 ans, à rentrer seul à l'issue de la journée ou ½ journée.
- Autorise les personnels de la structure qui sont habilités par la CAF de la Haute-Saône, à consulter mon dossier allocataire afin de connaître le montant de mon (notre) quotient familial, donnée indispensable à la facturation modulée.

A noter qu'en cas de refus, le montant maximum sera appliqué.

Madame, Monsieur _____ :

* Décharge les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre et dès lors que l'enfant a été pris en charge par ses parents ou une personne autorisée.

* Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre et en accepter les conditions

A, le

« Lu et approuvé » et signature des parents

Pièces à joindre au dossier

Certificat d'assurance scolaire

Photocopie du PAI (si concerné)

Année scolaire : 20.../20...

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'enfant :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

Garçon

Fille

1 – VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Vous pouvez également transmettre la photocopie du carnet de santé de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite b	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)	
Poliomyélite					
Ou DTpolio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

- ASTHME : oui non
- MEDICAMENTEUSES : oui non
- ALIMENTAIRES oui non
- AUTRES (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir) :

PAI : Projet d'accueil Individualisé en cours : oui non (joindre le protocole et toutes les informations utiles) :

.....

Difficulté de santé :

Merci d'indiquer ci-dessous les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il des lentilles : oui non

Des lunettes : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses auditives : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Des prothèses ou appareils auditifs : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Autres recommandations, précisez (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

.....

Votre enfant suit-il un régime particulier : oui non

Si oui, lequel ?

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM.....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.

Date : Signature :