



DOSSIER D'INSCRIPTION – ACCUEIL DE LOISIRS JEUNES

<input type="checkbox"/> Espace Jeunes du Malesherbois			<input type="checkbox"/> Espace Jeunes du Puisepautin	
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} semestre 1 ^{er} janvier au 30 juin inclus	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} semestre 1 ^{er} juillet au 31 décembre inclus	<input type="checkbox"/> Inscription à l'année	<input type="checkbox"/> Vacances de la Toussaint	<input type="checkbox"/> Vacances de Noël

Jeune : Masculin : Féminin :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Adresse mail : _____

Tel. Portable du jeune : ____/____/____/____/____

Structure scolaire fréquentée : _____

Responsable légal 1 : père mère famille d'accueil autre _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de téléphone portable : ____/____/____/____/____

Adresse mail : _____@_____

N° allocataire CAF : _____ N° allocataire MSA : _____

Responsable légal 2 : père mère famille d'accueil autre _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° de téléphone portable : ____/____/____/____/____

Adresse mail : _____@_____

N° allocataire CAF : _____ N° allocataire MSA : _____

Si vous n'êtes pas allocataire, merci de préciser :

Mère : Nom, Adresse et téléphone de votre employeur : _____

Père : Nom, Adresse et téléphone de votre employeur : _____

N° de sécurité sociale : _____





Pour les activités piscine :

Sais nager : oui non

Possède un brevet de 25 mètres : oui non

Renseignements sanitaires de l'enfant

Nom du médecin traitant : _____ Tél : _____

Votre jeune est-il à jour de ses vaccinations : oui non (Fournir une copie des vaccinations du carnet de santé)

Votre jeune a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé ? oui non

Allergie : oui non Si oui, lesquelles : _____

Intolérance alimentaire : oui non Si oui, lesquelles : _____

Autres : _____

Divers

Je soussigné(e), _____ responsable du jeune _____

Atteste l'exactitude des renseignements fournis sur la présente fiche (recto/verso)	OUI	NON
Autorise l'équipe d'animation à prendre sous couvert médical, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon jeune (transport, hospitalisation).		
Autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon jeune au cours de son séjour, et utiliser ces documents pour expositions, diaporamas, site Internet ou tout autre document relatif aux activités de la CCPG.		
Reconnait avoir pris connaissance du règlement intérieur au moment de l'inscription.		
Autorise mon jeune à être véhiculé en minibus, ou par car lors des sorties ou déplacements organisés par l'ALSH.		
Autorise mon jeune à quitter seul la structure à l'issue de la journée. Si non, nom et prénom de la personne habilitée à venir le chercher : _____		

Date : _____

Signature :

Avec les soutiens financiers de :





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARCON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE 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 AIGU 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

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PECAUTIONS A PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES , ETC... PRECISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....