

Accueil de Loisirs Rebreuve-Ranchicourt
Fiche de renseignements 2023

Pièces à fournir :

- Copie de la page Vaccinations du carnet de santé à jour de l'enfant
 Copie de l'attestation de quotient familial CAF ou MSA Fiche sanitaire complétée
 Attestation d'assurance de responsabilité civile en cours

Inscription :

- Du 10 au 13 Juillet Du 17 au 21 Juillet Du 24 au 28 Juillet

Pour la bonne organisation de l'accueil de loisirs (réservations des repas et des activités), merci de cocher les semaines désirées directement avant le début du centre)

Renseignements de l'enfant

Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Nageur : Oui (*fournir le brevet de natation*) Non
Pointure :

Nom et prénom de la mère :
Date et lieu de naissance :
Adresse (*si différente de l'enfant*) :
Code postal : Ville :
Profession : Employeur :
Tél domicile : Tél portable :
Adresse mail :
Situation familiale :

Nom et prénom du père :
Date et lieu de naissance :
Adresse (*si différente de l'enfant*) :
Code postal : Ville :
Profession : Employeur :
Tél domicile : Tél portable :
Adresse mail :
Situation familiale :

Personne(s) ayant autorité parentale de l'enfant

- Les 2 parents La mère Le père
 Autre : en qualité de :
Tél domicile : Tél portable :

N° sécurité sociale protégeant l'enfant :

Assurance : Organisme :

Adresse :

N° de contrat :

Mutuelle : Organisme :

Adresse :

N° d'adhérent :

N° Allocataire CAF MSA :

(Fournir une copie de votre attestation d'assurance, de votre carte de sécurité sociale et de votre carte de mutuelle)

Autorisations et informations complémentaires

Je soussigné(e),

Responsable légal de

Autorise :

- Mon enfant à rentrer seul à la maison après le fonctionnement du centre
- Mon enfant à rentrer à la maison, après le fonctionnement du centre, que s'il est accompagné de :

Nom - Prénom	Âge	Lien de parenté

- Mon enfant à participer aux activités organisées par le centre de loisirs (transports compris)
- Mon enfant à participer aux mini camps
- Mon enfant à voyager : en voiture individuelle, mini bus ou moyen de transport collectif
- Mon enfant à être filmé ou pris en photo lors de activités et en autorise l'utilisation pour des besoins de communication (site de la ville, film, album photo, presse)

- Si exceptionnellement mon enfant devait sortir avant la fin du fonctionnement du centre, je m'engage à fournir une décharge de responsabilité au responsable du séjour.

Lu et Approuvé, à, le

Signature du responsable légal *(précédée de son identité en toutes lettres)*

Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant : <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon Date de naissance :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant sinon **joindre une photocopie des vaccinations**)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles et recommandations alimentaires :

(lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires / régime, contre-indications, religieux)

IV - Responsable légal de l'enfant :

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, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :

