

DOSSIER D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS DE SAINT-ROCH – ANNEE 2024

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE de NAISSANCE : _____

☐ FILLE

☐ GARCON

☐ SIESTE

ECOLE : _____

Photo

PARENTS / RESPONSABLE(S)

PARENT / RESPONSABLE 1

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tel :

Tel travail :

Adresse mail :

PARENT / RESPONSABLE 2

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tel :

Tel travail :

Adresse mail :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence (Nom, Prénom) :

Téléphone :

Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant (Nom, Prénom) :

(Une pièce d'identité sera demandée)

N° SECURITE SOCIALE DU RESPONSABLE : _____

Organisme Sécurité Sociale : _____

Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRES REGIMES

N° ALLOCATAIRE : _____

Q.F : _____

Les centres de rassemblement

Mercredis

Matin 7h30

☐ Pillon

☐ St Roch

Soir 18h30

☐ Pillon

☐ St Roch

Vacances février / avril / octobre

Matin 7h30

☐ Macé

☐ Pillon

☐ St Roch 9h00

Soir 18h30

☐ Macé

☐ Pillon

☐ St Roch

Vacances d'été

Matin 7h30

☐ Macé

☐ Pillon

☐ Herriot

☐ Voltaire-Moulin

☐ St Roch 9h00

Soir 18h30

☐ Macé

☐ Pillon

☐ Herriot

☐ Voltaire-Moulin

☐ St Roch 17h30

Vacances de décembre

Matin 7h30

☐ Pillon

☐ St Roch

Soir 18h30

☐ Pillon

☐ St Roch

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ACCUEIL DE LOISIRS

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

1. VACCINATIONS : Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. **Joindre la copie des vaccins**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dernier Rappel	Vaccins recommandés	OUI	NON	Date
DIPHTERIE				HEPATITE . B			
TETANOS				RUBEOLE			
POLIOMYELITE				COQUELUCHE			
Ou DT POLIO				AUTRE (à préciser)			
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.

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit il suivre un traitement médical pendant le séjour ? 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.

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

	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		

L'enfant a-t-il eu des allergies ?

Médicamenteuses	☐ OUI	☐ NON
Alimentaires	☐ OUI	☐ NON
Asthme	☐ 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, opération hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

3. REGIME ALIMENTAIRE

☐ Aucun ☐ Sans porc ☐ Végétarien

4. RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, spécifique....

5. APPLICATION DE PRODUITS CUTANES :

En cas de besoin, l'équipe d'animation peut être amenée à appliquer certains produits pharmaceutiques cutanés à votre enfant. En cochant les cases suivantes vous autorisez, si la situation l'impose, l'application du produit pharmaceutique indiqué :

☐ Crème solaire ☐ Gel Arnica (contusions) ☐ Crème apaisante piqure d'insectes
☐ Biafine (brûlure) ☐ Répulsif moustiques ☐ Répulsif poux

IMPORTANT : En cas d'absence justifiée de l'enfant (sur présentation d'un certificat médical pour maladie par exemple) un remboursement pourra être effectué.

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

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») Date :

Pour que le dossier soit validé, vous devez fournir :

- Ce dossier d'inscription dûment complété et signé
- Votre numéro allocataire CAF, votre numéro allocataire MSA
- Votre quotient familial.

INFORMATIONS PRATIQUES :

- Règlement :
 - chèque, espèces, ANCV, paiement en ligne acceptés,
 - paiement en ligne sur <https://www.payassociation.fr/francas52/factures/ACM52>
 - possibilité de facilité de paiement
- Eviter les objets de valeur pendant le séjour.
- Apporter une tenue de rechange pour les enfants d'âge maternel.
- Apporter une serviette de toilette pour les enfants faisant la sieste.
- Assurances : le Centre de Loisirs souscrit à un contrat d'assurances pour tous les enfants, auprès de la MAIF (N° de police 901 889 B)

Demandes de consentement

(Si vous en acceptez les conditions, cochez les cases correspondantes)

- ☐ J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur.
- ☐ J'autorise la direction à faire donner à mon enfant tous les soins nécessaires à son état en cas d'urgence.
- ☐ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités pratiquées par le Centre de Loisirs, y compris les sorties en autobus.

Dans le cadre des activités, j'autorise la direction à utiliser l'image de mon enfant et laisse l'association Les Francas de Haute Marne faire usage de celles-ci pour les supports de diffusion suivant :

- ☐ Presse locale
- ☐ Site internet de l'association
- ☐ Page Facebook du centre de loisirs (Bloquée)
- ☐ Page Facebook de l'association
- ☐ Flyers et affiches publicitaires de l'association

Fait à _____ Le _____

Signature du responsable de l'enfant