



Dossier d'inscription



DOCUMENTS A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

- Remplir la fiche d'inscription au Centre de Loisirs (jointe au verso)
- Remplir la fiche sanitaire de liaison (jointe)
- Attestation d'assurance scolaire/extrascolaire
- Dernier avis d'imposition sur les revenus
- Un justificatif de domicile (facture...)
- Photo d'identité
- Fournir l'attestation **MSA** ou Document **Aide aux vacances de la CAF** si bénéficiaire
- Photocopie de la carte de groupe sanguin (si votre enfant en possède une)
- Photocopie du carnet de santé avec les vaccins à jour
- Remplir le bulletin d'adhésion à l'Amicale Laïque de Tonneins (facultatif)

LE DOSSIER D'INSCRIPTION N'ENGAGE A RIEN.

L'accueil de l'enfant ne sera possible que si une réservation est effectuée
auprès du centre de loisirs selon les modalités définies par le conseil
communautaire (délibération n°2015D04)
et dans la limite des places disponibles.

S'amuser

Coopération

Jouer

Partager

Laïcité

Citoyenneté

Solidarité

S'exprimer

Découvrir

Se repérer



Fiche d'inscription

DATE d'inscription:.....

ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :.....

Date et lieu de naissance :..... École, classe :

Responsable légal (père, mère, tuteur)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune/CP :

profession :

N° fixe :

N° portable :

N° travail :

Mail :

Allocataire : CAF MSA

N° CAF / MSA :

Autre responsable (père, mère, tuteur)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune/CP :

profession :

N° fixe :

N° portable :

N° travail :

Mail :

Personnes habilitées à récupérer l'enfant en dehors des parents

Nom, Prénom.....qualité.....n° de tél.....

Nom, Prénom.....qualité.....n° de tél.....

Nom, Prénom.....qualité.....n° de tél.....

Informations médicales et d'assurance

Nom du médecin traitant :.....n° de tél.....

Problèmes de santé éventuels/Régime alimentaire/ PAI :

Assurance qui couvre l'enfant :.....n° de police :

Personne à prévenir en cas d'accident : (nom, prénom, adresse, n° de téléphone) :

- J'autorise l'équipe d'animation à effectuer des photos et vidéos de mon enfant dans le cadre d'activités; ces prises de vue ne seront et ne pourront pas être utilisées à destination commerciale : **Oui non**
- J'autorise l'équipe à mettre les photos de mon enfant sur le site de l'Amicale (accès avec un code sécurisé) **Oui non**
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les sorties gratuites organisées par le Centre de Loisirs et à être déplacé avec les véhicules de l'association. **Oui non**
- J'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé de mon enfant. En cas d'urgence un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
- J'autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs ? **Oui non**
- Mon enfant utilise le ramassage en bus ? **oui non, Si oui, indiquez la commune :**

Renseignements confidentiels à usage exclusif de l'Amicale laïque de Tonneins destinés à être traités informatiquement. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification

Fait à....., le.....

Signature des (du) responsable(s).

CENTRE DE LOISIRS DE TONNEINS - BUGASSAT

L'ENFANT
FICHE SANITAIRE DE LIAISON
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

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

➤ Joindre les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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 MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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 APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

REGIME ALIMENTAIRE: oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

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

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTAIF).....

Je soussignée.....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 seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :