



ACCUEIL DE LOISIRS

Le dossier complet doit être retourné au service enfance jeunesse (à côté du portail école maternelle) en main propre ou dans la boîte aux lettres.

Liste des pièces à fournir :

- Fiche d'inscription**
- Fiche sanitaire de liaison (Cerfa n°10008*02)**
- Autorisation de diffusion de photos**
- Photocopie à jour des vaccins**
- Photocopie du dernier avis d'imposition sur les revenus du foyer (N-2)**
- Certificat de travail du/des parent(s)**
- Une photo d'identité de votre enfant pour le dossier d'inscription**

Pour les personnes ne souhaitant pas donner leur avis d'imposition :

- Je ne souhaite pas communiquer mon avis d'imposition et je serai facturé au taux d'effort maximum.**

Aucune inscription ne sera validée si le dossier n'est pas complet.



ACCUEIL DE LOISIRS FICHE D'INSCRIPTION



3 / 5 ANS

6 / 11 ANS

ENFANT :

Nom : Prénoms:

Né(e) le : à :

Sexe : Fille Garçon

Adresse :

Code postal : Ville :

RESPONSABLE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

⇒ MERE

⇒ PERE

Nom : Nom :

Prénoms : Prénoms:

Adresse (si différente de l'enfant) : Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal : Code postal :

Ville : Ville :

Tél (domicile) : Tél (domicile) :

Tél (travail) : Tél (travail) :

Portable : Portable :

Employeur : Employeur :

N° sécurité Sociale : N° sécurité Sociale :

Préciser une adresse mail pour toute correspondance avec l'accueil de Loisirs :
.....

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A VOTRE REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

CAF :

MSA :

AUTRES :

Numéro d'allocataire :

DEPLACEMENTS DE L'ENFANT :

Autorisation de retour seul : (entourer la réponse souhaitée)

Oui

Non

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Nom : Prénom : Tél. :

Je soussigné(e) Responsable légal de l'enfant :

- Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier.
- S'engage à communiquer par écrit au service Enfance Jeunesse tout changement de situation familiale par rapport aux informations données dans la fiche initiale.

Date :

Signature : « Lu et approuvé »



ACCUEIL DE LOISIRS
DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES

Ce document est obligatoire en vue de faire valoir votre souhait concernant la diffusion de photographies de votre enfant.

Vous trouverez ci-dessous un formulaire à remplir et à nous remettre. Vous vous réservez le droit de retirer votre autorisation à tout moment, auquel cas, vous en informerez par écrit l'ALSH qui s'engage alors à ne plus diffuser et à retirer les photographies représentant votre enfant.

ACCUEIL DE LOISIRS - 7 Chemin de Réjouit - 33650 SAUCATS - Tél : 05 56 72 26 36

Je soussigné(e) Nom Prénom.....

Adresse.....

Code Postal..... Ville.....

Nom de l'enfant Prénom.....

Né(e) le.....

Autorise l'Accueil de Loisirs « Lous Esquiraous » situé au 7 Chemin de Réjouit, 33650 Saucats à reproduire ou présenter la ou les photographies de mon enfant prises dans le cadre d'activités et / ou de sorties :

- pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage
- pour la publication sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom de l'Accueil de Loisirs
- pour la diffusion sur le site internet de la commune
- pour présentation en public lors d'une exposition

N'autorise pas l'Accueil de Loisirs « Lous Esquiraous » situé au 7 Chemin de Réjouit, 33650 Saucats à reproduire ou présenter la ou les photographies de mon enfant prises dans le cadre d'activités et / ou de sorties.

Le

Signatures :

SERVICE ENFANCE JEUNESSE : 7 chemin de Réjouit – 33650 SAUCATS

Tél. 05 56 72 26 36 – Courriel : alsh-periscolaire@saucats.fr – SITE : www.saucats.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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 _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
