

## DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

**GROUPE :**  3/5 ans

6/11 ans

Ados 12/14 ans

### Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Né (e) : ..... Lieu de naissance : .....  
Sexe : Féminin  Masculin  Nationalité : .....  
Adresse : .....  
.....  
Protocole d'Accueil individualisé (P.A.I) :  oui (photocopie à fournir)  non  
(Si enfant atteint d'une maladie chronique, allergie ou intolérance alimentaire)  
Précisions : .....

### Renseignements familiaux

**Représentant légal 1** Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone du domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....  
Profession : ..... Employeur : ..... Tél. : .....

**Représentant légal 2** Père  Mère  Tuteur

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Téléphone du domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....  
Profession : ..... Employeur : ..... Tél. : .....

### Situation familiale actuelle

**Situation de famille :** Marié  Concubinage  Séparé  Divorcé  Pacsé  Célibataire  Veuf(ve)   
**Qui exerce l'autorité parentale :** Le père/la mère  Le père  La mère  Tuteur   
Garde alternée : oui  non   
Nombre d'enfants à charge : ..... Composition de la famille : .....

### Régime allocataire dont dépend l'enfant

N° allocataire CAF : .....  
J'autorise le Service Jeunesse à consulter et à imprimer mon Quotient Familial sur le site CDAP : oui  non   
Autre régime allocataire :  MSA  Autre (à préciser) : .....  Aucun

## Personnes à prévenir en cas d'accident ou autorisées à récupérer l'enfant

Nom, prénom	Lien de parenté	Téléphone	portable	Je l'autorise	
				A être prévenu en cas accident	A récupérer mon enfant
				<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	<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

## Droit à l'image

J'autorise l'Accueil de loisirs à prendre et publier les photos ou vidéos de mon enfant sur la presse locale et sur les supports de communication de la ville, affiches, expositions...

Oui    Non

La présente autorisation est consentie durant l'année en cours.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et en cas d'urgence, accident ou maladie, j'autorise le directeur du périscolaire à prendre toutes les dispositions nécessaires.

Nom du médecin traitant..... Tel. : .....

Je reconnais avoir pris connaissance des règlements intérieurs.

La Roquette sur Siagne, le : .....

Signatures du père

Signature de la mère

Signature du tuteur légal,  
le cas échéant

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT

### 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

Protocole d'Accueil individualisé (P.A.I) : OUI  NON

Si oui, date de l'établissement du P.A.I : ..... (joindre une copie avec certificat)

ALLERGIES : ASTHMES OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON

ALIMENTAIRES OUI  NON  Autres \_\_\_\_\_

INDIQUEZ CI-APRES :

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

\_\_\_\_\_

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

### RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N° Tél \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature :

# Pièces à fournir à l'inscription de votre enfant

- Les fiches de renseignements et d'autorisations
- Attestation d'assurance 2019/2020 au nom de l'enfant
- Copie du jugement si garde alternée ou divorce
- Notification CAF avec quotient familial ou dernier avis d'imposition sur les revenus pour les non allocataires CAF
- Copie d'un P.A.I. si problèmes allergies ou autre
- Copie des Vaccins
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois

## Les inscriptions se font par mail ou par téléphone.

Tel : **04.92.19.45.11** de 8h30 à 16h

Mail : [enfance@laroquettesursiagne.com](mailto:enfance@laroquettesursiagne.com)

**Aucun dossier ne sera accepté s'il n'est pas complet**

## **PARTIE A CONSERVER**

### **Calendrier des périodes de réservations**

Contact : Magali AMITRANO mail : [enfance@laroquettesursiagne.com](mailto:enfance@laroquettesursiagne.com)

## **POUR LES VACANCES**

Périodes	Dates d'inscription
<b>Vacances d'Octobre 2019</b>	<b>16/09 au 27/09</b>
<b>Vacances de Février 2020</b>	<b>08/01 au 17/01</b>
<b>Vacances d'Avril 2020</b>	<b>11/03 au 20/03</b>
<b>Vacances d'Été 2020</b>	<b>06/05 au 05/06</b>

Merci de votre compréhension

L'équipe d'animation.