

ANNEE 2020-2021

**ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL
SANS HEBERGEMENT
"PLEIN SOLEIL"
PIOLENS**

DOSSIER D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

Documents obligatoire à fournir

- Fiche de renseignements
- Les autorisations
- Fiche sanitaire
- Photocopie carnet de vaccination
- Responsabilité civile
- Feuille d'avis d'imposition
-

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

NOM PRENOM
Né(e) le à

Particularités à signaler (Pour toutes allergies certifiées d'un allergologue)

RESPONSABLE LEGAL
NOM PRENOM

ADRESSE

Tel (Père)

Tel (Mère)

Adresse mail

Profession

Nom et adresse de l'employeur

N° de sécurité sociale

N° régime agricole MSA

N° allocataire CAF

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom Prénom

Tél.

Autres remarques ou renseignements

Rayer les mentions inutiles

AUTORISATION

Je soussigné(e) Mme, M.
Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.S.H et en accepter les conditions.
Je m'engage à informer et signaler tout changement auprès du responsable de la structure.

En qualité de père, mère, tuteur, autorise mon (mes) enfant(s)

À participer aux séjours et à pratiquer toutes les activités organisées par le Centre de Loisirs municipal Plein Soleil de Piolenc.

J'autorise le responsable (Directeur ou Adjoint), le cas échéant, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence.

D'autre part,

J'accompagnerai et raccompagnerai MOI-MÊME mon enfant

Je délègue Mme, M (nom et une pièce d'identité)

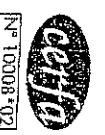
Pour accompagner et raccompagner mon enfant (Mineur non autorisé)

Autres consignes

Fait à Signature

Le

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE EVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Qui DT Polio				BCG	
Qui Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

ALLERGIES :

ASTHME oui non non non non non non non

ALIMENTAIRES oui non non non non non non non

MEDICAMENTEUSES oui non non non non non non non

AUTRES _____

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

INDIQUEZ CLAIRES :
 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.

5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :
 NOM : _____ PRÉNOM : _____
 ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____
 NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

Je soussigné, _____, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

AUTORISATION DE PRISE DE VUES ET DE DIFFUSION D'IMAGES

Les activités de l'Accueil de Loisirs municipal (animations, manifestations divers) nous conduisent à réaliser des photographies sur lesquelles apparaissent vos enfants. L'ALSH peut également être sollicité par la presse ou des partenaires de nos activités. Le site officiel de la commune peut aussi nous demander de disposer de quelques photos de ce service municipal. La loi au droit à l'image oblige l'organisateur à demander une autorisation écrite au responsable légal de l'enfant pour toutes prises de vues et diffusion de ces prises de vues.

Jesoussigné(e) :

responsable l'égal de l'enfant :

Autorise l'Accueil de Loisirs municipal de Piolenc :

- à photographier mon enfant dans le cadre des activités de l'ALSH
- à permettre la prise de vue de mon enfant par les journalistes et les partenaires de la commune
- à diffuser l'image de mon enfant sur le site internet de la commune sur le site internet de nos partenaires et pour la promotion de ces derniers (réseaux sociaux, support présentation, ...)
- à diffuser l'image de mon enfant aux autres participants

Fait à :

Le :

(Signature des parents ou du représentant légal avec mention manuscrite « lu et accepté »)