Dossier d'inscription

FÉDÉRATION DES FOYERS CLUBS D'ALSACE

TOUS ACTEURS DE NOTRE TERRITOIRE

Foyers Clubs d'Alsace

VIE ASSOCIATIVE ANIMATION ENFANCE ANIMATION JEUNESSE FORMATIONS

Fiche d'inscription

Accueil de loisirs périscolaire

TARIF : .....
(cadre réservé à l'accueil de loisirs)
❒ Occasionnel
❒ Régulier

Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Féminin ❒ Masculin ❒ Né(e) le : .....

Lieu de naissance : ..... Département ou pays : .....

Ecole : ..... Classe : .....

Frères et sœurs : ..... né(e) le .....
..... né(e) le .....
..... né(e) le .....

Régime alimentaire

❒ Repas du jour

❒ Repas sans viande

Remarque : .....

Recommandations particulières

Avez-vous des recommandations particulières à communiquer à l'équipe d'encadrement ?
.....
.....

❒ P.A.I. (Projet d'accueil individualisé)
Si votre enfant bénéficie d'un PAI, veuillez nous le transmettre

Parents

Je soussigné(e) responsable légal ❒ Père ❒ Mère ❒ Tuteur

PERE : Nom : ..... Prénom : .....

MERE : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. domicile : ..... e-mail : .....

Tél. portable PERE : ..... Tél. portable MERE : .....

Tél. prof. PERE : ..... Tél. prof. MERE : .....

Profession PERE : ..... Employeur : .....

Profession MERE : ..... Employeur : .....

Régime Général de Sécurité Sociale ❒ N° allocataire CAF : .....

Adresse Caisse de Sécurité Sociale .....

N° de S.S. : .....

Autres Régimes : MSA ❒ ..... CMAF ❒ .....

Personne à contacter en cas d'urgence (nom et téléphone) : .....

Présence de l'enfant à l'accueil de loisirs périscolaire

❒ Occasionnel (fournir planning au mois)
❒ Régulier
Cocher les cases correspondantes avec R et/ou O si REGULIER ou OCCASIONNEL

	Pause déjeuner	Périscolaire Accueil du soir 16h00-18h30
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

** Précisez toute autre spécificité (semaine paire, impaire, …)*

Autorisation parentale obligatoire

Je soussigné(e) ❒ Père ❒ Mère ❒ Tuteur
Nom et prénom .....
responsable légal de l'enfant.....(nom, prénom)

- Autorise le directeur de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi et a été reconnu apte à la pratique des activités de plein-air.
- Autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à l'accueil. de loisirs :
  .....
  .....
- Autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre d'animations ou d'activités proposées par l'accueil OUI ❒ NON ❒ et à utiliser ces photos dans la presse et sur le site internet de l'accueil de loisirs ou de la FDFC ALSACE.

Engagement

- L'inscription au périscolaire vaut l'acceptation du règlement intérieur.

Fait à ..... , le.....
Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
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

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

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

NOM ET TÉL. 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....