



## **INSCRIPTION D'UN ENFANT A L'ALSH** **MATERNEL « L'île Mystérieuse »**

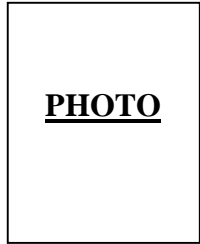
### **Pièces OBLIGATOIRES à fournir (constitution du dossier) :**

- ⇒ Photocopie des vaccinations (carnet de santé)
- ⇒ Certificat médical (apte à la vie en collectivité et à jour des vaccins)
- ⇒ Photocopie du livret de famille
- ⇒ Photocopie d'attestation d'assurance (extrascolaire)
- ⇒ Photocopie de l'avis d'imposition N-1 des deux conjoints
- ⇒ Photo d'identité de l'enfant
- ⇒ Aides aux loisirs

**Tout dossier incomplet ne pourra faire**  
**l'objet de réservation**



## ACCUEIL DE LOISIRS



**NOM DE L'ENFANT** : .....

**PRENOM DE L'ENFANT** : .....

**NE(E) LE** : ..... / ..... / ..... **A** .....

**ADRESSE** : .....

**ADRESSE MAIL** : .....

**MERE** : NOM, PRENOM : .....

TEL DOMICILE : .....

PORTABLE : .....

TEL PROFESSIONNEL : .....

EMPLOYEUR : .....

**PERE** : NOM, PRENOM : .....

TEL DOMICILE : .....

PORTABLE : .....

TEL PROFESSIONNEL : .....

EMPLOYEUR : .....

**SITUATION FAMILIAL** : MARIE      VIE MARITALE      PARENT ISOLE

**MEDECIN DE FAMILLE** : .....

**PARTICULARITE DE L'ENFANT** : .....

**NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE** : .....

**REGIME ALLOCATAIRE** :            CAF            MSA            CMAF

**N° ALLOCATAIRE** : .....

**BENEFICIEZ-VOUS DE L'AIDE AUX LOISIRS** :    OUI    NON

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e).....

Autorise mon enfant.....

A pratiquer les activités et à participer aux sorties proposées dans le cadre de l'ACM (Accueil Collectif de Mineur)

J'autorise la Direction, en cas de nécessité, à faire intervenir un Médecin, en service d'urgence, à hospitaliser et faire pratiquer une Anesthésie générale.

**OUI            NON**

J'autorise l'équipe d'animation à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration des activités de l'A.C.M.

**OUI            NON**

J'autorise les personnes suivantes à conduire et à ramener mon enfant/

NOM, PRENOM.....

N° DE TEL.....

NOM, PRENOM.....

N° DE TEL.....

NOM, PRENOM.....

N° DE TEL.....

NOM, PRENOM.....

N° DE TEL.....

Mèze, le :  
Signature :



# 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
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 <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 AIGÛ <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       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

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