



## **Inscription** **Accueil de Loisirs Primaire Les Sesquiers**

Tel : 04.67.43.93.55

Port : 06.08.68.86.60

Mail : [alsh-sesquiers@ville-meze.fr](mailto:alsh-sesquiers@ville-meze.fr)

Un dossier d'inscription doit être constitué pour que votre enfant soit accueilli

### **Documents à fournir obligatoirement :**

- Photocopie du dernier avis d'imposition du foyer
- Photocopie du livret de famille
- Une photographie récente
- La fiche de renseignements remplie et signée
- Pour les enfants de plus de 6 ans un certificat médical et/ou la fiche sanitaire de liaison (joindre la photocopie du carnet de vaccinations)
- Aides aux loisirs : CAF, MSA, CMAF
- Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile ou extra scolaire)

**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				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 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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.

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

## 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

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