

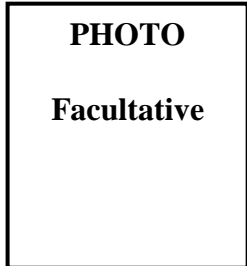
Mairie de GRAMAT
46500 (LOT)



**FICHE D'INSCRIPTION ET DE
RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT**
Accueil de Loisirs les « Tilleuls »

ENFANT :

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / / à Age :



PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Père :

Mr.
Adresse postale:.....
Téléphone du domicile :.....Portable :.....
Adresse électronique :
Situation familiale :
Nombre d'enfants à charge :
Autorité parentale : Oui Non
Profession :
Employeur :..... Adresse :
Téléphone travail.....Portable travail.....

Mère :

Mme.....
Adresse postale (si différente du père) :
Adresse électronique :
Situation familiale :
Nombre d'enfants à charge :
Téléphone du domicile :.....Portable :.....
Autorité parentale : Oui Non
Profession :
Employeur :..... Adresse :
Téléphone travail..... Portable travail.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :

Assurance en responsabilités civile extra scolaire de l'année en cours : (joindre la photocopie)

Nom : Adresse

N° de police et du contrat :

N° d'assurance extra scolaire:

Date d'échéance :

Mutuelle :

Nom : Adresse

N° d'adhérent:

Aides aux vacances : CAF - MSA - Comité d'entreprise

Adresse :

N° d'allocataire :

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché à l'Accueil de Loisirs « les Tilleuls » et m'engage à le respecter.

↳ **J'autorise**, mon enfant désigné ci-dessus à participer aux diverses activités et aux sorties organisées par l'Accueil de Loisirs « les Tilleuls ». En outre, j'assure que mon enfant n'a pas de problèmes médicaux particuliers.

= > **Je joins** un certificat médical de mon médecin attestant qu'il est à jours de ses vaccinations obligatoires et peut pratiquer toutes les activités sportives (sinon préciser lesquelles).

↳ **J'autorise**, **je n'autorise pas** (*), la Directrice, en cas d'accident, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitements médicaux avec ordonnance, hospitalisations, interventions chirurgicales à l'Hôpital de Figeac ou de Saint-Céré par les Pompiers de Gramat ou le SMUR).

↳ **J'autorise**, **je n'autorise pas** (*), la Directrice, à prendre des photos de mon enfants afin de faire uniquement la promotion de l'Accueil de Loisirs (expositions, articles, site municipal.)

↳ **J'autorise**, **je n'autorise pas** (*) mon enfant, désigné ci-dessus à rentrer seul à la maison à partir de 17h00 ou accompagné de la personne inscrite sur le document joint. je décharge, l'équipe éducative (équipe de direction et d'animation) de l'Accueil de Loisirs de toute responsabilité survenue à mon enfant après 17h00.

(*) Cocher la case correspondante

J'atteste Mr – Mmesur l'honneur l'exactitude de ces renseignements :

Fait à..... Le

Signature du responsable légal :

PERSONNES AUTORISES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Accueil de Loisirs les « Tilleuls »

Monsieur – Madame, responsable de l'enfant
....., autorise la personne ci-dessous,
conformément à l'article 12 du règlement intérieur a récupéré l'enfant. Cette personne devra se
signaler auprès de l'animateur en charge du départ des enfants.

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

☎ :

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

☎ :

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

☎ :

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

☎ :

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :

☎ :

Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'année.

Fait à Le.....

Signature des parents :

DECHARGE DE RESPONSABILITES POUR LES MERCREDIS

Accueil de Loisirs « les Tilleuls »

Je soussigné(e).....décharge de toutes responsabilités, l'Accueil de Loisirs « les Tilleuls » et de son équipe d'encadrement, en cas d'accident pouvant survenir à mon enfant..... après la récupération de celui – ci dans l'établissement à partir de Pour les activités suivantes durant l'année scolaire :

- ◆ Activités sportives : du
- ◆ Catéchisme : du
- ◆ Centre médico social du

Il sera récupéré uniquement par les personnes suivantes conformément à l'article 12 du règlement intérieur. Cette personne devra se signaler auprès de l'animateur en charge du départ des enfants. L'enfant doit être revenue **avant 11h45** s'il mange ou **avant 14h** pour l'après midi

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :.....

☎ :

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :.....

☎ :

NOM :

PRENOM :

LIEN DE PARENTE :.....

☎ :

Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'Accueil de loisirs

Fait à Le

Signatures :

*Le responsable Légal
ou la personne autorisée*

*La Directrice,
Les animatrices permanentes,*



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	
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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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.....

.....
.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT.....

Adresse :.....

Groupe..... Rhésus.....

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. à l'Hôpital de Figeac ou de Saint Céré par les Pompiers de Gramat ou le SMUR

Date :

Signature :