



Du 23 au 27 Octobre

Dossier à rendre au plus tard le 6 Octobre

Nom et prénom de l'enfant :

Né(e) le :/...../..... à : Age : ans

Adresse de l'enfant :

.....

CP : Ville :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable 1: Père Mère
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
CP : Ville :
Tel :

Responsable 2: Père Mère
Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
CP : Ville :
Tel :

<p>Mon enfant peut être filmé ou pris en photo dans le cadre des activités de l'ALSH</p> <p>Oui Non</p> <p>L'image de mon enfant peut être diffusée (bulletin municipal, site de la commune, réseaux sociaux)</p> <p>Oui Non</p> <p>Mon enfant est autorisé à quitter le centre seul</p> <p>Oui Non</p>
--



PERSONNES AUTORISEES À RECUPERER MON ENFANT AUX HEURES DE SORTIES

NOM - PRÉNOM - LIEN DE PARENTÉ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM			
PRÉNOM			
TEL.1			
TEL.2			
LIEN DE PARENTÉ			

Merci de fournir lors de l'inscription la fiche sanitaire de votre enfant ainsi que le P.A.I relative à la prise de traitement si nécessaire

Je règle par prélèvement automatique

QUOTIENT FAMILIAL	TARIF SEMAINE	
	FERINOIS	EXTÉRIEUR
< = 369	27,00 €	33,00 €
De 370 à 500	35,00 €	40,00 €
De 501 à 700	40,00 €	46,00 €
> 700	44,00 €	55,00 €

Pour tout règlement par chèque, veuillez déposer votre règlement lors du dépôt de dossier, à l'ordre du trésor public et une attestation de quotient familial.

Je soussigné, Mme, Mr déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Fait à Le Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :