

Association
du Centre
de Loisirs
et de Vacances
de Villerest

Dossier d'inscription ALSH Périscolaire et extrascolaire

Tel 04.77.69.70.61 / Fax 04.77.69.68.73
Courriel: aclvv@wanadoo.fr

Siège: Mairie - 7 Rue du Clos
42300 Villerest

Centre de Loisirs Sans Hébergement
La Léva - 42300 Villerest

Fiche individuelle (année 2021-2022)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Ecole :

Classe :

Repas Spéciaux : sans porc sans viande

Sait nager : oui non

Allergies : oui non

AVEC PAI : A joindre automatiquement

RESPONSABLE 1

RESPONSABLE 2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Tél (domicile) :

Tél (domicile) :

Tél (travail) :

Tél (travail) :

Tél (portable) :

Tél (portable) :

Mail :

Mail :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Numéro d'allocataire CAF :

Quotient Familial : (ou avis d'imposition)

Régime de couverture sociale : (à cocher)

Sécurité sociale MSA Autres (préciser)

Pièces à fournir obligatoirement : photocopie des dernières vaccinations DTPolio, fiche sanitaire,

Je soussigné (e), Responsable légal de l'enfant

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Fait le, à

Signature :

Fiches d'Autorisations Parentales

Je soussigné (e)

responsable de l'enfant

- * autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre les mesures d'urgences nécessitées par l'état de santé de mon enfant (SAMU, Pompiers, hospitalisations...)
Oui Non
- * autorise le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'école pour les activités (salle Oxygène, terrains de sport, Salle d'Animation Rurale, Carré d'Urfé...)
Oui Non
- autorise mon enfant à rentrer seul après les activités
Oui, à partir de l'école Oui, à partir du centre la Léva Non
- * autorise le centre de loisirs à utiliser l'image de mon enfant pour la diffusion de documents (plaquettes d'activités, presse, ...)
Oui Non
- autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs (le service CDAP.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction)
Oui Non
- * autorise le personnel à transporter mon enfant dans leurs véhicules
Oui Non
- * autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant.
 - Nom : Prénom :
 - Nom : Prénom :
 - Nom : Prénom :
- j'atteste que j'ai souscrit à une assurance responsabilité civile scolaire et extra scolaire pour mon enfant
Oui Non

Date:

Signature :

Validation des règlements intérieurs des Accueils de Loisirs Sans Hébergement

Je soussigné (e)

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Périscolaire,
 - déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Extrascolaire,
- Et m'engage à en respecter tous les termes.

A..... le.....

Signature du Parent 1

Signature du parent 2



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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				BCG	
Ou Tetracoq				Autres (préciser)	

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
