

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1-ENFANT NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

3 -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	<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	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou 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

4 -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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

5 -RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ _____

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 : _____



FICHE D'INSCRIPTION 2020/2021 A LA RESTAURATION DES « ACCUEILS DE LOISIRS » *facultatif*

ENFANT

NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

RESPONSABLE FAMILLE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

NOM : ... PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :


ADRESSE MAIL :

Portable Responsable 1 :

 Travail Responsable 1 :

Portable Responsable 2 :

 Travail Responsable 2 :

 Tél. Domicile :

RÉGIME ALIMENTAIRE

SANS PORC

SANS VIANDE

PAI (joindre le document)

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de l'Accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

(Faire précéder de la mention)
..... Lu et approuvé

Fait à la Ricamarie, le
Signature (père, mère)

DROIT A L'IMAGE

Autorise la Ville de la Ricamarie à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique exclusivement pour la présentation et l'illustration des activités de L'Accueil de Loisirs « LE PETIT PRINCE »

(Essentiellement dans le bulletin municipal).

J'autorise

Je n'autorise pas

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise les personnes suivantes, munie d'une pièce d'identité à prendre en charge l'enfant dès sa sortie de la structure Le Petit Prince :

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Nom	Prénom	Téléphone

IMPORTANT :

Les personnes dont les noms ne figurent pas sur ce document ne pourront pas récupérer l'enfant.

LE RÉGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'accueil de loisirs et en accepte les modalités.

Fait à La Ricamarie, le :

Nom :

Prénom :

Signature du responsable légal :

MENTIONS LÉGALES : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription ALSH. Le destinataire des données est le Service Enseignement de la commune. Conformément à l'art 15 et à l'art 16 du Règlement Général sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations, veuillez-vous adresser à la Ville de La Ricamarie.



Accueil de Loisirs Le Petit Prince
Mairie de La Ricamarie / Service Enfance-Jeunesse
1, place Michel Rondet – 42150 La Ricamarie
Tél : 04 77 57 70 83 email : adllepetitprince@orange.fr



Fiche d'inscription 2020-2021

ENFANT

NOM : PRÉNOM :

FILLE

GARÇON

DATE DE NAISSANCE : AGE :

RESPONSABLE FAMILLE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Téléphone domicile :

Portable Responsable 1:..... Portable Responsable 2:.....

Téléphone travail Responsable 1:..... Téléphone travail Responsable 2:.....

ADRESSE MAIL :

Autorise la Ville de La Ricamarie à renseigner vos données personnelles de type numéro de téléphone, mail, et adresse postale dans une base de données. Dans un but d'information via la newsletter et/ou alerte SMS -

J'autorise

Je n'autorise pas

INFORMATION CAF

Régime d'appartenance: Régime Général (CAF) Mutuelle Sociale Agricole

N° d'Allocataire : Quotient Familial en cours:

La participation financière étant modulée en fonction du quotient familial des familles, les parents ou tuteurs allocataires de la caisse d'Allocations familiales autorisent le gestionnaire du service à consulter CDAP, service mis à disposition par la CAF :

J'autorise

Je n'autorise pas

En cas de refus, le tarif appliqué sera le tarif maximum prévu.