

Dossier d'inscription



santé
famille
retraite
services



NOM de l'enfant : Prénom :
Né(e) le : Age :
N° de sécurité sociale de l'affiliation de l'enfant :

Photo de l'enfant

Renseignements concernant la famille

Situation familiale : Célibataire En couple/Vie maritale Séparé(e)/ Divorcé(e) Veuf/Veuve

Responsable de l'enfant : Responsable légal-e 1 Responsable légal-e 2 Tuteur

Coordonnées Responsable légal-e 1	Coordonnées Responsable légal-e 2
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP :	CP :
Ville :	Ville :
N° de téléphone—Domicile :	N° de téléphone—Domicile :
N° de téléphone—Portable :	N° de téléphone—Portable :
Adresse mail :	Adresse mail :
Profession :	Profession :
N° de téléphone—Travail :	N° de téléphone—Travail :
N° allocataire :	N° allocataire :
CAF :	CAF :
MSA :	MSA :
Autre régime :	Autre régime :
Quotient Familial (fournir un justificatif) :	Quotient Familial (fournir un justificatif) :
Coordonnées de l'assurance Responsabilité Civile : (fournir une attestation)	Coordonnées de l'assurance Responsabilité Civile : (fournir une attestation)
.....
.....
N° d'assurance :	N° d'assurance :

Mémo des pièces à fournir au dossier

Le dossier d'inscription doit être dûment rempli et signé, complété des pièces suivantes :

- photocopie du carnet de vaccinations concernant les vaccins obligatoires. En cas de non-vaccination de l'enfant, fournir un certificat médical de contre-indication ;
- en cas d'allergie ou de problèmes médicaux spécifiques, la photocopie du protocole d'accompagnement individuel (PAI) ;
- attestation d'assurance au nom de l'enfant pour l'année scolaire en cours ;
- attestation de quotient familial délivrée par la CAF justifiant votre quotient familial ;
- pour les régimes MSA ou autre, joindre une photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition.

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Fiche sanitaire

Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés (obligatoires pour) les enfants nés à partir du 1er janvier 2018)	Oui Non	Date du dernier rappel
Diphtérie		Haemophilus influenzae B		
Tétanos		Coqueluche		
Poliomyélite		Hépatite B		
		Rougeole		
		Oreillons		
		Rubéole		
		Méningocoque C		
		Pneumocoque		

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigü <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

NOM et téléphone du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical ?

- Oui
 Non

Si oui, joindre à tout traitement une ordonnance en cours de validité (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.

Allergie(s) et régimes spéciaux :

Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	--

Précisez :

Votre enfant a des difficultés de santé, veuillez l'indiquer (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez

Je soussigné(e) responsable légal-e, tuteur*, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs éducatifs à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
*rayer les mentions inutiles

A, le

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

Signature du représentant légal-e 1 de l'enfant :

Signature du représentant légal-e 2 de l'enfant :

Autorisation parentale

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Je soussigné(e) responsable légal-e, tuteur*, demande à la Ligue de l'enseignement FOL70 d'accueillir mon enfant à l'accueil de loisirs éducatifs de Pusey et autorise celui-ci à participer aux différents temps d'accueil.

**rayer les mentions inutiles*

- J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs éducatifs de Pusey et m'engage à respecter toutes les conditions de celui-ci (ci-joint).
- J'autorise la responsable de l'accueil de loisirs éducatifs à transporter mon enfant dans son véhicule personnel en cas de besoin exceptionnel (personne et véhicule assurés par la Ligue de l'enseignement FOL70).
- J'autorise mon enfant à rentrer seul aux horaires de sortie de l'accueil de loisirs éducatifs.
- J'autorise l'équipe pédagogique à donner de l'arnica en granules ou crème en cas d'accidents bénins.
- J'autorise la publication de la photo de mon enfant dans la presse, dans le cadre des activités.
- J'autorise la publication de la photo de mon enfant sur la page Facebook de l'accueil de loisirs éducatifs, dans le cadre des activités.
- J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs éducatifs et la commune de Pusey à utiliser mon adresse mail pour me communiquer des informations sur le fonctionnement de la structure.

Je soussigné(e) responsable légal-e, tuteur*, autorise :

**rayer les mentions inutiles*

Personnes à prévenir en cas d'urgence	Personnes autorisées à récupérer l'enfant
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
N° de téléphone :	N° de téléphone :
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
N° de téléphone :	N° de téléphone :

Fait à, le

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé ».

Signature du représentant légal-e 1 de l'enfant :

Signature du représentant légal-e 2 de l'enfant :