

Accueil de Loisirs Ados

Fiche d'inscription – Vacances juillet 2022

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : F M

Date de naissance : _____ Age : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Période(s) souhaitée(s)

- Vendredi 8 juillet 2022
- Du lundi 11 au vendredi 15 juillet 2022 (14 juillet férié)
- Du lundi 18 au vendredi 22 juillet 2022 (semaine de séjour)
- Du lundi 25 au vendredi 29 juillet 2022

FAMILLE

Représentant légal 1

Représentant légal 2

	Représentant légal 1	Représentant légal 2
NOM et Prénom		
Adresse		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
E-mail *		
Profession		
Nom et adresse de l'employeur		
Téléphone professionnel		
Situation familiale¹ <small>¹ Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Divorcé(e) – Séparé(e) – Concubin(e) – Pacsé(e)</small>		
Régime	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA	
Nom/Prénom et n°allocataire :	N° : _____	

* J'autorise la direction à utiliser mon adresse e-mail pour correspondre avec moi dans le cadre de l'accueil de loisirs ados et m'informer des actualités.



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

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 Tétracoq				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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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

AUTORISATION DE RÉCUPÉRER VOTRE ADOLESCENT PAR UN TIERS

Si vous ne venez pas vous-même chercher votre adolescent à la sortie de l'Accueil Collectif pour Mineurs, inscrivez ci-dessous les personnes susceptibles de venir le chercher, même exceptionnellement (sur présentation d'une carte d'identité). Toute personne non inscrite ci-dessous ne pourra pas récupérer votre adolescent.

Je soussigné(e) M. / Mme _____ autorise les personnes ci-dessous à récupérer mon enfant _____ à la sortie de l'accueil Collectif pour Mineurs :

Nom et prénom	Lien de parenté ou de voisinage	Coordonnées téléphoniques

DÉCHARGE AUTORISANT VOTRE ADOLESCENT À SE RENDRE SEUL À VOTRE DOMICILE

Je soussigné(e) M. / Mme _____, autorise mon adolescent à se rendre seul à notre domicile (adresse) _____, après la sortie de l'Accueil de Loisirs Ados et déchargeons l'Accueil Collectif pour Mineurs de toute responsabilité.

AUTORISATION DE VÉHICULER VOTRE ADOLESCENT

Je soussigné(e) M. / Mme _____, autorise mon adolescent à être véhiculé par la direction ou les animateurs, dans le cadre des déplacements de l'Accueil Collectif pour Mineurs.

AUTORISATION DU DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) _____, autorise mon enfant _____ à être photographié et/ou filmé lors d'un reportage photos et/ou vidéo effectué par l'équipe d'animation dans le cadre de l'Accueil Collectif pour Mineurs. De plus, j'autorise l'équipe d'animation à utiliser ces photographies ou vidéos pour :

- une publication sur le site internet de la ville de Vouzon,
- une publication sur le Facebook de l'Accueil de Loisirs Ados,
- un éventuel album photo/film réalisé dans l'Accueil de Loisirs Ados,
- tout support d'information relatif à la promotion de l'Accueil de Loisirs Ados, pour une durée indéterminée.

Je n'autorise pas mon enfant _____ à être photographié(s) et/ou filmé(s) lors d'un reportage photos et/ou vidéo.

AUTORISATION DE CONSULTER « CAFPRO »

Je soussigné(e) _____, représentant légal de l'enfant _____, autorise l'Accueil Collectif pour Mineurs de Vouzon à consulter «CAFPRO» avec mon numéro d'identifiant CAF afin de connaître mon Quotient Familial. J'informe le Centre en cas de changement de situation. Une consultation des QF sera effectuée en début de chaque année civile. En cas de refus, le tarif maximum sera appliqué.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné(e) _____, représentant légal de l'enfant _____, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Collectif pour Mineurs de Vouzon et en accepter les termes.

Fait à _____, le ___ / ___ / 2022

Signature du représentant légal :

Accueil de Loisirs Ados

Pièces à fournir – Vacances juillet 2022

La fiche d'inscription à l'Accueil Collectif pour Mineurs pour les vacances de juillet 2019, dûment complétée, datée et signée	.
La fiche sanitaire de liaison	.
Copie du carnet de santé (<i>vaccinations : Diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite</i>) ou justificatif des vaccinations	.
L'assurance 2021/2022 extra-scolaire	.
Copie de votre carte CAF 2022, le cas échéant	.
Un certificat médical suivant les activités, le cas échéant	.
Une attestation de participation de votre C.E. pour les familles concernées	.
Le règlement complet du séjour (Paiements acceptés : Bons C.A.F, bons M.S.A, aides du Comité d'entreprise, chèques ANCV, chèques CESU et espèces)	.

Réservé au service

Quotient : _____

Coût : _____

Réglé le : _____

Mode de règlement :

- bons C.A.F bons M.S.A
 aides du Comité d'entreprise chèques ANCV chèques CESU
 espèces