

ANNEE 2024-2025

**ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL
SANS HEBERGEMENT
"PLEIN SOLEIL"
PIOLENG**

DOSSIER D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

Documents obligatoire à fournir

Fiche de renseignements

Les autorisations

Fiche sanitaire

Photocopie carnet de vaccination

*Assurance responsabilité civile
(mention extrascolaire)*

Feuille d'avis d'imposition

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

NOM PRENOM.....

Né(e) le à.....

Particularités à signaler (Pour toutes allergies certificat d'un allergologue)

.....

RESPONSABLE LEGAL

NOM PRENOM.....

ADRESSE.....

Tel (Père).....

Tel (Mère).....

Adresse mail.....

Profession.....

Nom et adresse de l'employeur.....

N° de sécurité sociale.....

N° régime agricole MSA.....

N° allocataire CAF.....

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom.....Prénom.....

Tél.....

Autres remarques ou renseignements.....

.....

Rayer les mentions inutiles

AUTORISATION

Je soussigné(e) Mme, M.....
Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'A.L.S.H et en accepter les conditions.
Je m'engage à informer et signaler tout changement auprès du responsable de la structure.

En qualité de père, mère, tuteur, autorise mon (mes) enfant(s).....

À participer aux séjours et à pratiquer toutes les activités organisées par le Centre de Loisirs municipal Plein Soleil de Pielenc.

J'autorise le responsable (Directeur ou Adjoint), le cas échéant, à faire pratiquer toute intervention chirurgicale en cas d'urgence.

D'autre part,
J'accompagnerai et raccompagnerai MOI-MÊME mon enfant.....

Je délègue Mme, M (muni d'une pièce d'identité).....

Pour accompagner et raccompagner mon enfant (Mineur non autorisé).....

Autres consignes.....

.....

Fait à..... Signature

Le.....

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »



N° 10018-02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CEITE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMANDER DE SON CARNET DE SANTE.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coryza/lucide	
Ou DT Polio				BCC	
Ou Tétracort				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués 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 AIGU	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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si antidémolition, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, REÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS-UTILILES DES PARENTS :
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SEJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TEL DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

le-sousigné, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

AUTORISATION DE PRISE DE VUES ET DE DIFFUSION D'IMAGES

Les activités de l'Accueil de Loisirs municipal (animations, manifestations divers) nous conduisent à réaliser des photographies sur lesquelles apparaissent vos enfants. L'ALSH peut également être sollicité par la presse ou des partenaires de nos activités. Le site officiel de la commune peut aussi nous demander de disposer de quelques photos de ce service municipal. La loi au droit à l'image oblige l'organisateur à demander une autorisation écrite au responsable légal de l'enfant pour toutes prises de vues et diffusion de ces prises de vues.

Jesoussigné(e) :

responsable l'égal de l'enfant :

Autorise l'Accueil de Loisirs municipal de Piolenc :

- à photographier mon enfant dans le cadre des activités de l'ALSH
- à permettre la prise de vue de mon enfant par les journalistes et les partenaires de la commune
- à diffuser l'image de mon enfant sur le site internet de la commune sur le site internet de nos partenaires et pour la promotion de ces derniers (réseaux sociaux, support présentation, ...)
- * à diffuser l'image de mon enfant aux autres participants

Fait à :

Le :

(Signature des parents ou du représentant légal avec mention manuscrite « lu et accepté »)