



Les Minots Brivetais DOSSIER D'INSCRIPTION



Identité de l'enfant

Nom : Prénom :

Ecole : Classe :

Né(e) le : À :

N° de sécurité sociale :

N° d'allocataire :

Identité des parents ou du responsable légal

Nom /prénom parent 1/tuteur : Profession :

Tél domicile : Tél portable :

Email : Tél professionnel :

Nom /prénom parent 2/tuteur : Profession :

Tél domicile : Tél portable :

Email : Tél professionnel :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence (Nom / Coordonnées).....

Renseignements complémentaires

Votre enfant a-t'il une allergie alimentaire ou handicap nécessitant un projet d'accueil individualisé ? Oui Non

Nous autorisons l'utilisation des photographies/images prises dans le cadre du centre de loisirs, dans les journaux locaux ou bulletins municipaux. Oui Non

Nous souhaitons être informés des événements de l'association ? Oui Non

Autorisation médicale

Nous, soussignés..... autorisons, le directeur d'équipement à présenter notre enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur (Nom, Coordonnées) :

Ou l'hospitalisation à (Préciser le nom de l'hôpital ou de la clinique) :

Autorisation de sortie

Nous, soussignés (responsables légaux de l'enfant)

Autorisons notre enfant de plus de 8 ans à rentrer seul à partir deh.....

Autorisons notre enfant à quitter l'accueil seulement s'il est accompagné de ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant au directeur d'équipement. (Cette personne devra se présenter avec une pièce d'identité). Si exceptionnellement, notre enfant devait quitter l'accueil de loisirs en dehors des horaires de départ, nous nous engageons à fournir une décharge au directeur d'équipement.

Nous attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet pédagogique et nous engageons à les respecter.

Nous joignons à ce document, les pièces nécessaires pour constituer un dossier complet.

- Fiche d'inscription
- 1 Photo
- Justificatif de domicile
- Fiche sanitaire de liaison
- Carnet des vaccinations
- Attestation caf avec indication quotient familiaux
- Attestation d'assurance

Fréquence prévisionnelle

- Périscolaire matin
- Périscolaire soir
- Mercredis 1^{er} trimestre
- Mercredis 2^{ème} trimestre
- Mercredis 3^{ème} trimestre
- Vacances scolaires
- Vacances été

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Date :
Signature responsable légal :

(CADRE RESERVE LES MINOTS BRIVETAIS) RECU LE :	DOSSIER COMPLET :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	ASSURANCE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	ATTESTATION CAF :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	VACCINS / FICHE SANITAIRE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	SAISI NOE :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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 RECOMMANDÉS	DATES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diphtérie						Hépatite B	
Tétanos						Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite						Coqueluche	
Ou DT Polio						Autres (préciser)	
Ou Tétracoq							
BCG							

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 AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	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 ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

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

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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

DATE : _____ Signature : _____

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

