



DOSSIER D'INSCRIPTION 2021/2022

ACCUEIL PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

(Garderies, Etudes surveillées, Accueils de loisirs mercredis et vacances)

INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'ENFANT

NOM et Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Nationalité : Sexe :

NOM et Prénom du (des) représentant(s) légal (aux):
.....

Adresse complète :

Régime allocataire : CAF MSA Non allocataire

Numéro d'allocataire :

Quotient familial (au 1^{er} septembre 2021) :

Numéros d'urgence

Téléphone 1 : Nom/Prénom : Lien de parenté :

Téléphone 2 : Nom/Prénom : Lien de parenté :

Téléphone 3 : Nom/Prénom : Lien de parenté :

Téléphone 4 : Nom/Prénom : Lien de parenté :

Scolarité 2021 / 2022

Ecole :

Classe de l'enfant : Enseignant de l'enfant :

ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE :

NOM et Adresse de la compagnie :

N° Contrat :

joindre impérativement une attestation d'assurance

INSCRIPTIONS ACTIVITES

ETUDES SURVEILLEES

Mon enfant participera à l'étude surveillée :

- OUI :.. Le lundi
..... Le mardi
 Le jeudi
 Le vendredi
- NON

ACCUEIL PERISCOLAIRE GARDERIE (De 7h30 à 9h00 et de 16h30 à 19h00)

Mon enfant participera à la garderie périscolaire

- Le matin :** régulièrement
 ponctuellement
- Le soir :** régulièrement
 ponctuellement

ACCUEIL PERISCOLAIRE EXTRASCOLAIRE (De 7h30 à 19h00)

Mon enfant participera au Centre de loisirs

- Le mercredi :** régulièrement
 ponctuellement

Vacances scolaires

Inscription à l'aide du coupon-réponse distribué à chaque période

INFORMATIONS GENERALES RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable légal PARENT 1

- Civilité : Mr Mme Melle
- Lien de Parenté : _____
- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de Naissance : _____
- Téléphone domicile : _____ Liste
- rouge :
- Portable : _____
- E-mail : _____
- Adresse : _____
- _____
- Profession : _____
- Employeur : _____
- Téléphone travail : _____
- Adresse Employeur : _____
- _____
- Situation familiale : _____

Responsable légal PARENT 2

- Civilité : Mr Mme Melle
- Lien de Parenté : _____
- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de Naissance : _____
- Téléphone domicile : _____ Liste
- rouge :
- Portable : _____
- E-mail : _____
- Adresse : _____
- _____
- Profession : _____
- Employeur : _____
- Téléphone travail : _____
- Adresse Employeur : _____
- _____
- Situation familiale : _____

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant :

INTERDIT	NOM et PRENOM	Téléphone	Lien de parenté
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

FICHE D'AUTORISATIONS

Je soussigné Mr ou Mme.....,

Responsable légal de l'enfant.....

Autorise	N'autorise pas	Détails des autorisations
		Mon enfant à participer aux sorties proposées par l'accueil de loisirs
		L'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités et à utiliser ces photos dans la presse locale, site internet de la structure, des affichages, des expositions exclusivement vouées à la promotion des activités de la structure
		La directrice de la structure à consulter les informations financières disponibles sur CAF PRO pour l'élaboration du tarif des activités proposées
		L'équipe d'animation à administrer un traitement médical à mon enfant (fournir une ordonnance médicale)
		L'équipe d'animation à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie)
		Mon enfant à utiliser les moyens de transport mis à disposition de l'accueil de loisirs
		Mon enfant à se baigner à la piscine ou à la mer sous la responsabilité des animateurs de l'accueil de loisirs

Fait à.....,

Le.....

Signature :

ATTENTION

L'inscription ne sera prise en compte définitivement qu'à réception de ce dossier rempli en totalité !

Merci de votre compréhension.

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION :

- **Ce questionnaire rempli en totalité !**
- **Photocopie des vaccins**
- **Attestation d'assurance en responsabilité civile**
- **Attestation de quotient familial**

Aurélien Lenoir

Directrice de l'Accueil de Loisirs de Saint Germain sur AY

Maison du Pays de Lessay

11 Place St Cloud 50430 LESSAY

Tél : 02.33.46.84.69

enfancestgermain@maisondupaysdelessay.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

