

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

JUILLET ET AOUT 2018

Je soussigné M. et/ou Mme

souhaite inscrire mon enfant

à l'accueil de loisirs géré par l'Association Familiale de Vagney.

L'accueil de loisirs aura lieu à l'école primaire les Perce-Neige de 8h30 à 17h30 du lundi au vendredi.

Une garderie pourra accueillir les enfants dès 7h30 et jusqu'à 18h.

| Semaines | Présence (oui / non) | | QF inférieur ou égal à 610 | | QF compris entre 611 et 1199 | | QF supérieur ou égal à 1200 | | Repas du lundi - mardi - jeudi - vendredi | Total |
|------------------|----------------------|---------|----------------------------|---------|------------------------------|---------|-----------------------------|---------|---|-------|
| | Après-midi | Journée | Après-midi | Journée | Après-midi | Journée | Après-midi | Journée | | |
| 9 au 13 juillet | | | 29 | 52 | 33 | 57 | 37 | 62 | 20 | |
| 16 au 20 juillet | | | 29 | 52 | 33 | 57 | 37 | 62 | 20 | |
| 23 au 27 juillet | | | 29 | 52 | 33 | 57 | 37 | 62 | 20 | |
| 13 au 17 août | | | 24 | 41 | 27 | 46 | 30 | 51 | 15 | |
| 20 au 24 août | | | 29 | 52 | 33 | 57 | 37 | 62 | 20 | |
| 27 au 31 août | | | 29 | 52 | 33 | 57 | 37 | 62 | 20 | |



La CAF des Vosges participe financièrement pour cet accueil de loisirs sans hébergement.

Date de naissance de l'enfant :

Nom, Prénom et adresse des parents (ou représentant légal)

Téléphones

Mail :

Numéro Identifiant CAF :

Numéro de la carte d'Association Familiale (au nom des parents) :
(Vous pouvez la régler - 8 euros - lors de l'inscription de l'enfant)

Numéro de la police d'assurance Extra Scolaire (copie de l'attestation à fournir) :

Compagnie d'assurance :

Nom, adresse, n° de téléphone des employeurs, grand-parents, personnes à prévenir en cas d'urgence

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. et/ou Mme.....

 autorise mon enfant

à participer aux activités des différentes semaines, certifie qu'il est apte médicalement à la pratique sportive et autorise les animateurs à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident : prévenir les secours et les parents (ou responsable légal).

 autorise n'autorise pas

mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs et à rentrer seul à la maison, chaque soir dès la fin des activités.

 autorise M. et/ou Mme autorise n'autorise pas

le directeur, l'animateur référent et la presse à prendre des photos de mon enfant afin de les diffuser dans les journaux ou dans le livre d'or de l'accueil de loisirs.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous ces renseignements, accepte le règlement intérieur de l'ALSH et j'ai noté qu'un contrôle CAF pourrait être effectué afin de vérifier mon quotient familial.

Fait à le

Signature :

Nous vous recommandons de ne pas donner à votre enfant des objets ou des bijoux de valeur. Nous n'engageons pas notre responsabilité en cas de perte ou de vol.



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant : fille garçon Date de naissance : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____

Accueil : accueil de loisirs sans hébergement

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

| Vaccins obligatoires | Dernier rappel | | Vaccins recommandés | Date | |
|----------------------|----------------|-----|--------------------------------|------|-----|
| | oui | non | | oui | non |
| Diptérie | | | Hépatite B | | |
| Tétanos | | | Rubéole - Oreillons - Rougeole | | |
| Poliomyélite | | | Coqueluche | | |
| ou DT polio | | | Autres (préciser) | | |
| ou Tétracoq | | | | | |
| B.C.G. | | | | | |

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite | Rougeole | Oreillons | Rhumatisme articulaire aigu | |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non

asthme oui non
autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse pendant le séjour : _____
Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____
Nom et tél. du médecin traitant (facultatif)

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : _____ Date : _____

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur : _____

Observations : _____