



SAINT-MÉEN-LE-GRAND

INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS – ALSH 2021

3-4 ans 5-6 ans 7 ans et +

ENFANT :

Nom : Prénom :

Sexe : M ou F Age : Date et lieu de naissance : à

Adresse (complète) :

Merci de préciser l'école fréquentée ainsi que la classe :

.....

RESPONSABLE :

Père Mère Autre (précisez)

NOM, Prénom :

Adresse :

TELEPHONES : Domicile : Adresse mail :

Travail père : Portable père :

Travail mère : Portable mère :

Personnes à prévenir en cas d'absence du responsable :

Nom Prénom : Lien : Téléphone :

Nom Prénom : Lien : Téléphone :

FACTURATION :

Facture à envoyer : aux parents (domicile commun) au père à la mère

Adresse d'envoi de la facture : _____

Mode de paiement : espèces/chèque prélèvement automatique CESU

En cas de paiement par prélèvement automatique et si vous n'êtes pas en prélèvement pour le paiement des factures du restaurant scolaire de Saint-Méen-le-Grand, merci de joindre un RIB et le mandat de prélèvement signé.

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Allocataire régime général CAF

Allocataire régime agricole MSA

N° allocataire :

Autre :

Déclare avoir pris une assurance responsabilité civile couvrant les activités intérieures et extérieures périscolaires et extrascolaires :

Compagnie d'assurance : N° de contrat :

LES AUTORISATIONS :

Je soussigné, nous soussignons Mme, Mrresponsables légaux
de notre enfant

- Autorise notre enfant à participer aux différentes activités proposées

sur site et à l'extérieur

oui non

- Autorise l'équipe d'animation à prendre en photo mon enfant pour :

oui non

Autorise la parution sur différents médias (presse écrite, site internet, ...)

oui non

- Autorise mon enfant à être transporté à pied ou en véhicule de service (mini-bus communal) dans le cadre de déplacements liées aux animations proposées.

oui non

- Autorise l'équipe d'animation à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence.

oui non

(En cas d'accident grave, la directrice ou l'animateur a pour consigne de prévenir le 15 et d'avertir les personnes indiquées. En cas d'accident bénin, la directrice ou l'animateur a pour consigne de prévenir les personnes indiquées pour prendre les décisions utiles au bien-être de l'enfant)

- Certifie que mon enfant est apte physiquement à pratiquer toutes activités sportives pour lesquelles il est inscrit.

oui non

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et l'approuve

(disponible sur le site internet de la commune, à l'accueil de loisirs, et à la Mairie)

oui non

Certifie exacts les renseignements portés sur ce dossier et s'engage à signaler tout changement à la directrice ou l'équipe d'animation.

Fait à, le

Signature du responsable légal.



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
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				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
MEDICAMENTEUSES 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 :