

Adhésion :

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

RESPONSABLES (père, mère, tuteur légal)

Responsable :

Responsable :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Tél (portable) :

Tél (portable) :

Tél (travail) :

Tél (travail) :

Tél (domicile) :

Tél (domicile) :

E-mail :

E-mail :

Profession :

Profession :

.....

.....

Employeur :

Employeur :

Régime de couverture sociale (à cocher) :

Sécurité sociale MSA Autres (préciser) :

Pièces à fournir obligatoirement : photocopie des vaccinations et fiche sanitaire

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e),,
responsable de l'enfant

- autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre toute mesure urgente nécessitée par l'état de santé de mon enfant : OUI NON

- autorise mon enfant à sortir de l'établissement et/ou à être transporté pour se rendre sur les lieux d'activités : OUI NON

- autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant (en cas d'impossibilité des parents)

- Nom, prénom :
- Nom, prénom :
- Nom, prénom :

- autorise mon enfant à rentrer seul en fin d'activité le soir à partir de 17h30 :
 OUI NON

- autorise la ville de Riorges à utiliser l'image de mon enfant pour la diffusion de documents (plaquettes d'activités, presse, Site Internet ...) : OUI NON

- autorise l'organisateur à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs (ce service respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL)

- j'atteste que j'ai souscrit à une assurance responsabilité civile scolaire et extra-scolaire pour mon enfant

- atteste prendre connaissance et respecter le règlement intérieur de l'accueil de loisirs périscolaire consultable sur le portail famille

Date :

Signature :



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	
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
 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 :

