



DOSSIER INSCRIPTION

Vacances et Mercredis

Fiche individuelle **(année 2024-2025)**

04 77 69 70 61 - 06 58 58 67 90

direction@aclvv.fr

Facebook : ACLVV Villerest

Site internet : www.aclvv.fr

Centre de Loisirs Sans Hébergement
167 chemin de la Léva
42300 Villerest

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Ecole :

Repas spéciaux : sans porc

sans viande

Sait nager : oui

non

Allergies : oui (joindre PAI)

non

RESPONSABLE 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél (travail) :

Tél (portable) :

Mail :

Profession :

Employeur :

Numéro Allocataire CAF :

Quotient Familial (ou avis imposition) :

Régime couverture sociale :

Sécurité sociale

MSA

Autres (préciser) :

RESPONSABLE 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél (travail) :

Tél (portable) :

Mail :

Profession :

Employeur :

Pièces à fournir obligatoirement : photocopie des vaccins et fiche sanitaire

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Fait le, à Signature :

Autorisations Parentales

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

☆ autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre les mesures d'urgences nécessitées par l'état de santé de mon enfant (SAMU, pompiers, hospitalisations...)

Oui Non

☆ autorise le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte du centre pour les activités (salle des sports, Carré d'Urfé, terrains de sports, salle Oxygène...)

Oui Non

☆ autorise mon enfant à rentrer seul après les activités du centre

Oui Non

☆ autorise le centre de loisirs à utiliser l'image de mon enfant pour la diffusion de documents (presse, programmes d'activités, site internet...)

Oui Non

☆ autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs (le service CDAP respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction)

Oui Non

☆ autorise le personnel à transporter mon enfant dans leurs véhicules

Oui Non

☆ autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

J'atteste avoir souscrit à une assurance responsabilité civile extra scolaire pour mon enfant

Oui Non

Date :

Signature :

Validation du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Je soussigné(e),

déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Extrascolaire et m'engage à en respecter tous les termes

Fait le, à

Signature responsable 1

Signature responsable 2



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2023-2024

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES DE VOTRE ENFANT

2 - VACCINATIONS : MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS			DATES
	oui	non		VACCINS RECOMMANDÉS		
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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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 AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

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.

Date :

Signature :