Dossier d'inscription

Année scolaire 2019-2020

Nom & Prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

☺ MERCREDIS ☐

☺ VACANCES ☐

Accueil de Loisirs *Ludik – Sites du Bleymard et de Villefort*
Communauté de communes Mont-Lozère
Route du Mont-Lozère – LE BLEYMARD
48190 MONT LOZERE ET GOULET
Tel : 06.79.68.18.30 / 04.66.31.68.85
Mail : ludik.jeunesse@gmail.com

mont-lozère
service enfance et jeunesse

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

L'enfant vit chez : ☐ ses deux parents ☐ sa mère ☐ son père ☐ autre ……

☐ en alternance (à préciser) : ……..

☐ autre (à préciser) : ……..

PERE - RESPONSABLE LEGAL 1

Autorité parentale : ☐ oui ☐ non

Nom de naissance : ……

Nom d'usage : …… Prénom : ……..

Adresse: ……

Code postal : …… Ville : ……

Téléphone fixe : …… Mobile : ……..

Adresse mail : ……

Téléphone professionnel : ……

Numéro d'Allocataire : …….
(Préciser le nom de votre caisse d'allocations familiales, CAF, MSA, autre) **:** ……
☺ ⇨ NECESSAIRE pour appliquer le tarif journée selon votre QF **si l'enfant est rattaché à vous**)

MERE - RESPONSABLE LEGAL 2

Autorité parentale : ☐ oui ☐ non

Nom de naissance : ……

Nom d'usage : …… Prénom : ……

Adresse : ……

Code postal : …… Ville : ……

Téléphone fixe : …….. Mobile : ……

Adresse mail : ……

Téléphone professionnel : ……

Numéro d'Allocataire : …….
(Préciser le nom de votre caisse d'allocations familiales, CAF, MSA, autre) **:** ……
☺ ⇨ NECESSAIRE pour appliquer le tarif journée selon votre QF **si l'enfant est rattaché à vous**)

ASSURANCES *-Joindre photocopie attestation de responsabilité civile-*

Nom de votre assurance civile : ……N° de police : .....
N° de sécurité sociale : ……

PERSONNE A APPELER EN CAS D'URGENCE ET / OU AUTORISEE A PRENDRE L'ENFANT DURANT TOUTE L'ANNEE SCOLAIRE

Nom : …… Prénom : ……
Cette personne est : ☐ à appeler en cas d'urgence ☐ autorisée à prendre l'enfant à la sortie
Lien avec l'enfant : ……
Adresse : ……
Code postal : …… Ville : ……...
Tél. fixe : …….. Mobile : …….. Tél. professionnel : ……..

Nom : …… Prénom : ……
Cette personne est : ☐ à appeler en cas d'urgence ☐ autorisée à prendre l'enfant à la sortie
Lien avec l'enfant : ……
Adresse : ……
Code postal : …… Ville : ……...
Tél. fixe : …….. Mobile : …….. Tél. professionnel : ……..

Nom : …… Prénom : ……
Cette personne est : ☐ à appeler en cas d'urgence ☐ autorisée à prendre l'enfant à la sortie
Lien avec l'enfant : ……
Adresse : ……
Code postal : …… Ville : ……...
Tél. fixe : …….. Mobile : …….. Tél. professionnel : ……..

AUTORISATIONS DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la sortie de l'accueil de loisirs, à 17h ☐ oui ☐ non

J'autorise le centre de loisirs à transporter mon enfant, lors de sorties organisées dans le cadre de ses activités, dans un de leur véhicule ☐ oui ☐ non

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations, j'autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant (photos et vidéos) sur les supports de communication de la Mairie ou de la communauté de communes, des magazines et journaux locaux : ☐ oui ☐ non

AUTORISATION ATELIERS CUISINES / GOÛTERS

Dans le cadre de ses activités pédagogiques, l'équipe d'animation peut proposer des ateliers cuisine aux enfants (confections de gâteaux, salades de fruits… De même, certains parents souhaitent apporter des gâteaux lors de certaines manifestations (anniversaires, goûters ouverts aux parents et aux enfants…).

J'autorise mon enfant à participer à ces activités cuisine et à manger les gâteaux confectionnés par les enfants ou les parents : ☐ oui ☐ non
(Spécifier dans la fiche sanitaire si problèmes allergies alimentaires ou autres)

Je (nous), soussigné(s) .....responsables de l'enfant, ……..déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Date : ……/……/…… **Signature du/des parent(s) :**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ❑ FILLE ❑

1 - VACCINATIONS (joindre une photocopie du carnet de vaccination).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME ❑ MÉDICAMENTEUSES ❑

ALIMENTAIRES ❑

SI VOTRE ENFANT BENEFICIE D'UN PAI DANS LE CADRE SCOLAIRE, NOUS VOUS DEMANDERONS OBLIGATOIREMENT DE NOUS FOURNIR UNE ORDONNANCE ET DES MEDICAMENTS INDEPENDAMMENT DE CEUX DE L'ECOLE. LE CAS ECHEANT, ET POUR DES RAISONS DE SECURITE, NOUS NE POURRONS ASSURER UNE PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT.

(Suite au verso)

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**.

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

---

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC… PRÉCISEZ.

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

NOM DU MÉDECIN TRAITANT .....

TELEPHONE .....

Autorisation de faire procéder à toute intervention médicale/chirurgicale en cas de nécessité :
❑ **OUI** ❑ **NON**

Groupe sanguin : ..... Rhésus : .....

Je soussigné(e),.....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 :**

Liste des pièces à fournir :

- **Une photo d'identité**
- **Photocopie du carnet de vaccinations (DTPolio)**
- **Ordonnance pour les traitements éventuels (PAI, etc..)**
- **Justificatif de domicile de moins de 3mois**
- **Attestation d'assurance de responsabilité civile**
- **Tableau des réservations complété**
- **En cas de séparation: photocopie de l'avis du juge familial (si jugement) et calendrier de résidence des enfants concernés**