

Cette fiche unique vous permet de nous communiquer les **renseignements indispensables** à l'inscription de votre enfant pour les différents accueils proposés (**périscolaire, accueil de loisirs mercredis, vacances scolaires et Hub Léo**).

Le dossier complet (**fiche de renseignements, fiche sanitaire, demande d'inscription, responsabilité civile au format word ou pdf**) est à nous retourner par mail à l'adresse suivante :

alsh.stdidier@free.fr.

Merci de signaler toutes présences ou absences modificatives de l'inscription initiale.

Enfant	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Né(e) le : Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin Nationalité :
Généralités	
<u>Scolarité</u>	<u>Informations</u>
Dérogation scolaire 2020/2021 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe 2020/2021 : Etabl. Scolaire :	Allergie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type d'allergie : PAI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type de PAI : Suivi MDPH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Repas : <input type="checkbox"/> Végé <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Standard
N° de sécurité sociale (auquel l'enfant est rattaché) : Compagnie d'assurance et numéro :	CAF : Quotient familial :
Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement :	
Parents	
Responsable légal 1 <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/>
Civilité : Nom : Prénom : Profession : Portable : Tél travail : Email :	Civilité : Nom : Prénom : Profession : Portable : Tél travail : Email :
Informations complémentaires (garde alternée, récupération par le père / la mère le vendredi...) :	

Liste des personnes autorisées à récupérer mon enfant

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Nom prénom :	Téléphone :	A appeler en cas d'urgence :
Nom prénom :	Téléphone :	A appeler en cas d'urgence :
Nom prénom :	Téléphone :	A appeler en cas d'urgence :
Nom prénom :	Téléphone :	A appeler en cas d'urgence :
Nom prénom :	Téléphone :	A appeler en cas d'urgence :
Nom prénom :	Téléphone :	A appeler en cas d'urgence :

Autorisations :

- J'autorise mon enfant à quitter seul le centre de loisirs, dès l'horaire de fin des activités.
- J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil périscolaire, dès l'horaire de fin de l'activité.
- J'autorise la structure à utiliser CAF PRO (consultation de mon compte CAF par le centre de loisirs).
- J'autorise les responsables du centre de loisirs à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant :

- Support à usage interne (pas de diffusion internet)
- Support externe (Internet, presse locale...)

Nous nous engageons à vous signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche. Le simple fait de participer aux activités de l'accueil de loisirs Léo Lagrange implique l'acceptation du règlement intérieur 2020 / 2021.

Je (Nous) soussigné(s) _____, responsable(s) légal(aux) de _____ certifie(ions)
sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîte de médicament dans leur emballage d'origine marquée 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VARICELLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ANGINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	RHUMATISME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non.
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OTITE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	OREILLONS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre :

ALLERGIES :

ASTHME <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AUTRES (indiquer le nom du médicament, les aliments ...) :
---	--	---	--

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.

.....
.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Mère <input type="checkbox"/> / Père <input type="checkbox"/> :	Mère <input type="checkbox"/> / Père <input type="checkbox"/> :
Domicile :	Domicile :
Portable :	Portable :
Travail :	Travail :

Nom et tél du médecin traitant(FACULTATIF) :

N° de sécurité sociale :

Je soussigné(e), _____, responsable légal de _____, 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Léo Lagrange Centre-Est
Accueil de Loisirs « La Marelle »
32 avenue de la République
69370 SAINT-DIDIER-AU-MONT-D'OR

Téléphone : 04 78 47 82 54 / 06 87 21 88 76
Courriel : alsh.stdidier@free.fr

OBSERVATIONS