

Accueils de Loisirs Ados

Dossier d'inscription

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

Photo

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... à :

Sexe : Garçon Fille

Téléphone portable du jeune (facultatif) : /..... /..... /..... /.....

Mail du jeune (facultatif) :@.....

Adresse postale principale du jeune :

Etablissement scolaire fréquenté :

En cas de séparation des parents, l'enfant habite :

Chez son père Chez sa mère En garde alternée Autres :

PIECES A JOINDRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- 1 photo d'identité (facultative)
- Copie de la page de vaccination obligatoire du carnet de santé (diphtérie/ tétanos/ polio)
Ou certificat médical attestant que les vaccinations obligatoires sont à jour.

En cas de situations particulières :

- En matière de garde du jeune, la copie du document officiel mentionnant les termes de celle-ci.
- En cas d'allergie ou de problème de santé spécifique, la photocopie du protocole d'accompagnement individuel (PAI)

En cas d'activités particulières, un certificat médical et/ou une attestation d'aptitude aquatique peuvent être demandés

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Coordonnées du (des) responsable(s) de l'enfant :

..... /..... /..... /..... /..... Lien :

..... /..... /..... /..... /..... Lien :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) RESPONSABLE(S) LÉGAL(AUX) DU JEUNE

RESPONSABLE LEGAL 1

Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Téléphones : /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /.....

Mail :@.....

Adresse postale (si différente de l'enfant) :

Profession :

Véhiculé : oui non

Lieu de travail :

RESPONSABLE LEGAL 2

Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Téléphones : /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /.....

Mail :@.....

Adresse postale (si différente de l'enfant) :

Profession :

Véhiculé : oui non

Lieu de travail :

Informations diverses

Souhaitez-vous recevoir notre newsletter par mail (environ tous les 3 mois) ? oui non

Si oui, merci d'indiquer ci-après votre (vos) adresse(s) mail(s) :

Nom/prénom : Mail.....@.....

Nom/prénom : Mail.....@.....

Nom/prénom : Mail.....@.....

Vers un système de co-voiturage libre !

Notre but est de mettre en relation des parents de jeunes inscrits à l'accueil de loisirs souhaitant faire du covoiturage.

Seriez-vous intéressé (e) par cette démarche ? oui non

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de loisirs. Elle sera transmise à l'équipe de secours en cas d'urgence.

1 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune et en joindre une copie).

VACCINS OBLIGATOIRES *	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Autres :			

* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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). Attention : 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"/>	

L'ENFANT A-T-IL :			PRÉCISEZ LA NATURE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication : le signaler)
	Oui	Non
ASTHME		
ALLERGIES ALIMENTAIRES		
ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES		
AUTRES ALLERGIES		

INDIQUEZ CI-APRÈS : les autres **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **dates** et les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant

3 -RESPONSABLE(S) LÉGAL(UX) DU JEUNE

Je soussigné,

Nom : **Prénom :** **Téléphones :**

Nom : **Prénom :** **Téléphones :**

responsable(s) légal(ux) du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant : appeler les secours, suivre les directives de l'équipe de secours et/ou médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale, transfusion sanguine ...).

Date :

Signatures du(es) responsable(s) légal(ux) :

AUTORISATIONS

1- J'autorise l'organisateur à :

- Avancer les frais éventuels de soins et m'engage à les rembourser au plus tôt
- Transporter mon enfant par les moyens jugés nécessaires en véhicule de service minibus et car de location
- Diffuser les photos et vidéos sur lesquelles apparaît mon enfant pour la promotion des activités du service jeunesse (flyers, site internet, réseaux sociaux etc...) **oui** **non**
- Laisser mon enfant partir seul après l'activité **oui** **non** :
 - Sur toutes les communes **oui** **non** Uniquement sur la commune :

2- J'autorise la ou les personnes suivantes à récupérer mon enfant après l'activité :

Nom : Prénom : Tel : /.... /.... /.... /....

Nom : Prénom : Tel : /.... /.... /.... /....

Nom : Prénom : Tel : /.... /.... /.... /....

Le responsable légal :

- Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.
- Je m'engage à signaler tout changement dans les informations transmises à ce jour
- Je déclare avoir souscrit une assurance de responsabilité civile extrascolaire pour mon enfant.
- Je déclare avoir pris connaissance du projet de fonctionnement et du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Ados du Service jeunesse de la Communauté de communes Provence Verdon (téléchargeable sur le site www.provenceverdon.fr ou disponible à la demande de chacun) et j'en accepte pleinement les conditions.

Nom, Prénom :

Le : à

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le jeune :

Je déclare avoir pris connaissance du projet de fonctionnement et du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Ados du Service jeunesse de la Communauté de communes Provence Verdon et j'en accepte pleinement les conditions.

Nom, Prénom :

Le : à

Signature obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé » :