



## ACCUEIL DE LOISIRS

**Le dossier complet doit être retourné en mairie.**

**Mairie : 4 Chemin de la mairie - 33650 SAUCATS**

### Liste des pièces à fournir :

- Fiche d'inscription**
- Fiche sanitaire de liaison (Cerfa n°10008\*02)**
- Autorisation de diffusion de photos**
- Photocopie à jour des vaccins**
- Photocopie du dernier avis d'imposition sur les revenus du foyer (N-2)**
- Une photo d'identité de votre enfant pour le dossier d'inscription**

*Pour les personnes ne souhaitant pas donner leur avis d'imposition :*

- Je ne souhaite pas communiquer mon avis d'imposition et je serai facturé au taux d'effort maximum.**

***Aucune inscription ne sera validée si le dossier n'est pas complet.***



# ACCUEIL DE LOISIRS

## FICHE D'INSCRIPTION



3 / 5 ANS

6 / 11 ANS

### ENFANT :

Nom : ..... Prénoms : .....  
Né(e) le : ..... à : .....  
Sexe :  Fille  Garçon  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

### RESPONSABLE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

MERE

PERE

Nom : .....	Nom : .....
Prénoms : .....	Prénoms : .....
Adresse (si différente de l'enfant) : .....	Adresse (si différente de l'enfant) : .....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....
Tél (domicile) : .....	Tél (domicile) : .....
Tél (travail) : .....	Tél (travail) : .....
Portable : .....	Portable : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
N° sécurité Sociale : .....	N° sécurité Sociale : .....

Préciser une adresse mail pour toute correspondance avec l'accueil de Loisirs :  
.....

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS A VOTRE REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

CAF : .....  
 MSA : .....  
 AUTRES : .....  
Numéro d'allocataire : .....

### DEPLACEMENTS DE L'ENFANT :

Autorisation de retour seul : (entourer la réponse souhaitée)  Oui  Non

#### **Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :**

Nom : .....	Prénom : .....	Tél. : .....
Nom : .....	Prénom : .....	Tél. : .....
Nom : .....	Prénom : .....	Tél. : .....
Nom : .....	Prénom : .....	Tél. : .....

Je soussigné(e) ..... Responsable légal de l'enfant ..... :

- Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant sur le dossier.
- S'engage à communiquer par écrit au service Enfance Jeunesse tout changement de situation familiale par rapport aux informations données dans la fiche initiale.

Date :

Signature : « Lu et approuvé »



ACCUEIL DE LOISIRS  
DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES

Ce document est obligatoire en vue de faire valoir votre souhait concernant la diffusion de photographies de votre enfant.

Vous trouverez ci-dessous un formulaire à remplir et à nous remettre. Vous vous réservez le droit de retirer votre autorisation à tout moment, auquel cas, vous en informerez par écrit l'ALSH qui s'engage alors à ne plus diffuser et à retirer les photographies représentant votre enfant.

ACCUEIL DE LOISIRS - 7 Chemin de Réjouit - 33650 SAUCATS - Tél : 05 56 72 26 36

Je soussigné(e) Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....Ville.....

Nom de l'enfant ..... Prénom.....

Né(e) le.....

Autorise l'Accueil de Loisirs « Lous Esquiraous » situé au 7 Chemin de Réjouit, 33650 Saucats à reproduire ou présenter la ou les photographies de mon enfant prises dans le cadre d'activités et / ou de sorties :

- pour la publication dans une revue, un journal ou un ouvrage
- pour la publication sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom de l'Accueil de Loisirs
- pour la diffusion sur le site internet de la commune
- pour présentation en public lors d'une exposition

N'autorise pas l'Accueil de Loisirs « Lous Esquiraous » situé au 7 Chemin de Réjouit, 33650 Saucats à reproduire ou présenter la ou les photographies de mon enfant prises dans le cadre d'activités et / ou de sorties.

Le .....

Signatures :



# 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				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 (*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.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

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

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---