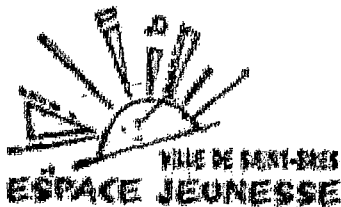


ADOS ET JEUNES année 2018-2019

ALSH – ALAE « Le Pays des étoiles »



Espace Jeunesse
Mairie de Saint-Brès



N°ORGANISATEUR : 0340ORG152

Directrice : Mme Mélanie BERTHE - Tél : 04 67 40 79 73 - Email : espace.jeunesse@ville-saintbres.fr

Nom et prénom de l'enfant		PHOTO (Portrait)
Date de naissance : / /	Classe :	
Adresse postale		
N° sécurité sociale :	N° Caf ou Msa :	
Nombre d'enfants à charge :		
Nom de l'assurance extrascolaire et numéro de contrat :		

Représentant légal	Coordonnées	Adresse si différent de l'enfant	Courriel
Nom, prénom de la mère (+ nom de jeune fille)	Téléphone portable :	Maman@.....
	Téléphone domicile :		
	Téléphone professionnel :		
Nom, prénom du père	Téléphone portable :	Papa@.....
	Téléphone domicile :		
	Téléphone professionnel :		
Nom, prénom du tuteur	Téléphone portable :	@.....
	Téléphone domicile :		
	Téléphone professionnel :		

Je soussigné(e), père-mère-tuteur légal :
(merci de cocher les cases correspondantes)

- Autorise mon enfant à participer aux activités qui pourraient être envisagées au centre et à être pris en charge par les moyens de transport utilisés par l'équipe pédagogique.
- Autorise l'équipe d'animation et l'organisation à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration de l'ALSH.
- Accepte l'envoi par courriel de mes factures.
- Autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant au centre.

Nom – Prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone
Nom – Prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone
Nom – Prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone

Fait à Le

Signature du Responsable précédée de la mention : « Lu, Approuvé »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 - ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--

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
Diptérie				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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 : _____

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné..... atteste que

L'enfant..... âgé de..... est apte à la vie collective,

à pratiquer toutes les activités de l'accueil de loisirs sans hébergement sur site ou lors des activités accessoires et qu'il est à jour de ses vaccinations.

Fait le..... à

Partie à rapporter impérativement à l'Espace Jeunesse

Monsieur / Madame

Prénom : NOM :

Responsable légal de l'enfant (ou des enfants) :

Prénom : NOM :

Prénom : NOM :

Prénom : NOM :

Prénom : NOM :

Scolarisé(s) à

Nom de l'école :

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Centre de Loisirs « Le Pays des Etoiles » de la commune de Saint-Brès.

Le à Signature

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Monsieur, Madame , Représentant légal de l'enfant

Nom..... , prénom.....

Autorise mon enfant à quitter le centre de loisirs seul.

FAIT à ST Bres le --/--/----

signature

NOUVEAU DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019 ADOS

PIÈCES A FOURNIR :

- Fiche d'inscription 2018-2019.
- Impôts sur le revenu 2016 déclarés en 2017 – En janvier 2019 fournir les revenus 2017 déclarés en 2018.
- Une photo récente (portait).
- Certificat médical : **merci d'utiliser celui de la fiche sanitaire de liaison joint au dossier** dans lequel doit être mentionné : « *Enfant à jour des vaccins et pouvant pratiquer les activités proposées par la structure d'accueil* ».
- Photocopie de la page « vaccinations » du carnet de santé.
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile ou extrascolaire pour l'année 2018-2019.

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez contacter l'accueil de loisirs :

Tél : 04 67 40 79 73

Email : espace.jeunesse@ville-saintbres.fr

Directement à l'Accueil de Loisirs ou en envoyant tous les documents scannés.
Demandez alors une attestation de réception et de prise en compte de votre dossier et de vos
plannings.

Pensez à fournir les documents précités.



Cordialement,
L'équipe d'animation.

