

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE / ACCUEIL DE LOISIRS

SEMAINE DUAU..... 2021 / SITE :.....

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Maternelle :

Classe PS
 MS
 GS

Elémentaire :

Classe CP CM1
 CE1 CM2
 CE2 Autres

PAI : NON

OUI (trousse d'urgence avec protocole doit accompagner l'enfant)

Difficultés de santé :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Parent 1

(et/ou) Parent 2

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

N° allocataire CAF :

Les tarifs sont fonction du quotient familial.

Accueil de Loisirs - Tarif Journée

TOURS	HORS-TOURS
entre 3,50 € et 16,10 €	entre 20,20 € et 32,80 €

A défaut, la tarif maximum est appliqué

ORGANISATION

Les parents doivent emmener leur enfant sur l'école et venir le chercher.

Merci d'indiquer vos choix d'accueil ci-dessous :

lundi		
7h30-8h30 <input type="checkbox"/>	8h30-16h30 <input type="checkbox"/>	16h30-18h30 <input type="checkbox"/>

mardi		
7h30-8h30 <input type="checkbox"/>	8h30-16h30 <input type="checkbox"/>	16h30-18h30 <input type="checkbox"/>

mercredi		
7h30-8h30 <input type="checkbox"/>	8h30-16h30 <input type="checkbox"/>	16h30-18h30 <input type="checkbox"/>

jeudi		
7h30-8h30 <input type="checkbox"/>	8h30-16h30 <input type="checkbox"/>	16h30-18h30 <input type="checkbox"/>

vendredi		
7h30-8h30 <input type="checkbox"/>	8h30-16h30 <input type="checkbox"/>	16h30-18h30 <input type="checkbox"/>

Un repas chaud et un goûter seront fournis par la cuisine centrale.

Merci de bien vouloir contacter par téléphone l'opérateur pour procéder à une préinscription et transmettre ce document le 1^{er} jour d'accueil de l'enfant.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ 2020-2021

ALSH - AEMS

L'ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	École	PAI
				<input type="checkbox"/>

LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Mon enfant désigné ci-dessus peut être confié éventuellement aux personnes suivantes :
 Une pièce d'identité pourra leur être demandée.

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, tuteur)	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail

PERSONNES NON AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

Fournir une copie de la décision de justice concernant l'autorité parentale en cas de séparation.

AUTORISATION DE RENTRER SEUL APRÈS L'ACTIVITÉ

Concerne les enfants de CP, CE1, CE2, CM1 et CM2

- Oui, j'autorise mon enfant dont le nom est précisé ci-dessus, à rentrer seul après l'activité. Il sera sous ma seule responsabilité durant le trajet du retour.
- Non, je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après l'activité.

En l'absence de choix, l'autorisation de rentrer seul sera supposée.

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Je certifie avoir souscrit un contrat d'assurance en responsabilité civile pour mon (mes) enfant(s) :

Nom de l'assurance..... N° du contrat :

DROIT À L'IMAGE

J'autorise OUI NON la publication de l'image de mon enfant prise dans le cadre des temps périscolaires sur les supports suivants notamment : journaux et brochures d'information associative et municipale, site internet de la ville de Tours, reportages télévisés ayant pour objet la communication de la ville de Tours et des services publics, dans le monde entier et pour la durée légale des droits.

Tours, le.....
 Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Pollomyélite				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

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 AIGU	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 ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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