

L'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : Garçon Fille

Adresse :

Code postal : Ville :

Nombre d'enfants inscrits à l'accueil de loisirs :

Responsable légal 1

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. (domicile) : Portable :

Employeur : Tél :

Responsable légal 2

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. (domicile) : Portable :

Employeur : Tél :

Famille d'accueil

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. (domicile) : Portable :

Mail :

J'accepte de recevoir ma **Facture** par : Mon compte personnel Mail Courier

J'accepte de recevoir des **Informations** par mail. : Oui Non

Renseignements relatifs à votre régime d'allocations familiales.

- Régime général : CAF MSA de Loire Atlantique

Nom de l'allocataire : Numéro d'allocataire :

Ecole fréquentée : Notre Dame J. Rostand J. Auriol

➤ Périscolaire, matin et/ou soir

Maternelle Elémentaire

➤ Accueil de loisirs (cochez les cases correspondantes, plusieurs réponses possibles) :

Mercredis Petites Vacances Vacances Eté

➤ Pour une inscription à l'accueil de loisirs, ou en accueil périscolaire je verse un acompte de : 39 € pour un enfant 43 € pour deux enfants et plus
Cet acompte inclus les frais de dossier valables pour l'année scolaire soit :
9 € pour un enfant et 13 € pour deux enfants et plus.
Le solde de cet acompte sera déduit de votre première facture.

ATTENTION : Aucun paiement en espèces ne peut être accepté par les directeurs et animateurs des accueils de loisirs

Je soussigné (e), responsable légal(e) de l'enfant

– **certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur accueil et site web)**

– m'engage à payer l'intégralité des frais de l'accueil de loisirs dès réception du relevé de frais

– autorise la personne habilitée par la CAF à consulter mon quotient familial sur le site CDAP.

– autorise la direction de l'accueil de loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (Cf. fiche sanitaire obligatoire).

Date :

Lu et approuvé

Signatures (Père, mère, responsables légaux)

AUTORISATION PARENTALE Utilisation de photos et de vidéos

L'accueil de loisirs, dans le cadre de son travail pédagogique, utilise des photos et des vidéos des enfants des accueils de loisirs, des ateliers (etc...) pour ses différentes publications (journal, plaquette, site Internet...).

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents.

L'article 9 du Code Civil précise :

« Chacun a droit au respect de sa vie privée [...] Toute personne peut interdire la reproduction de ses traits [...] C'est à celui qui reproduit l'image d'apporter la preuve de l'autorisation ».

S'agissant de personnes mineures, le droit à l'image, mais aussi de façon plus générale, le respect de la personne, est d'application stricte. En conséquence, aucune photo d'enfant reconnaissable ne pourra être publiée sans une autorisation écrite des parents (ou tuteurs) indiquant précisément dans quel contexte pédagogique se situe cette photo ou vidéo.

Les œuvres et réalisations des enfants ne devront en aucun cas faire état du nom de famille de l'auteur. Seul le prénom est autorisé. Aussi, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le coupon ci-dessous, afin de connaître votre position.

Je soussigné(e) , responsable légal(e)

autorise l'accueil de loisirs de la commune de St Philbert de Grand Lieu à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site Internet...) des photos et des vidéos de mon enfant prises au cours d'activités.

refuse l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant

Fait à St Philbert de Grand Lieu le.....

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Accueil de loisirs de : St Philbert de Grand Lieu

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Je soussigné(e) , responsable légal(e) de l'enfant, autorise le directeur(trice) de l'accueil de loisirs à laisser mon enfant partir de l'accueil de loisirs :

accompagné de (Nom Prénom, N° téléphone, Lien avec l'enfant)

| Nom Prénom | Téléphone | Lien avec l'enfant |
|------------|-----------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

seul à partir de heures

J'ai bien pris note :

Qu'une fois en dehors de l'accueil de loisirs mon enfant n'est plus sous la responsabilité du directeur(trice) de l'accueil de loisirs.

Fait à St Philbert de Grand Lieu le.....

Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPEL | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|---------------------------|-----|-----|---------------------------|--------------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Coqueluche | |
| Tétanos | | | | Haemophilus | |
| Poliomyélite | | | | Rubéole - Oreillons - Rougeole | |
| | | | | Hépatite B | |
| | | | | Pneumocoque | |
| | | | | BCG | |
| | | | | Autres (préciser) | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg, Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non
 MEDICAMENTEUSES Oui Non
 AUTRES Oui Non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, **les signes et la conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui précisez Oui Non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM Prénom

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM Prénom :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Je soussigné (e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :