

Dossier d'inscription Année 2016-2017

Accueils de Loisirs

PERPIGNAN



Accueils de Loisirs de Perpignan
UFCV
Délégation Pyrénées-Orientales
4 boulevard Saint-Assiscle
66 000 Perpignan
04-68-98-01-80/ pyrenees.orientales@ufcv.fr



Fiche d'inscription



1 L'ENFANT

Nom: Prénom:

Garçon Fille Date de naissance :

2 L'ACCUEIL UFCV

Alsh maternel Les Castors Alsh Primaire Saint-Assisle
Alsh maternel Saint-Martin/ Herriot Alsh Primaire Les Baléares
Alsh maternel Les Baléares

3 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof

4 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof

5 ATTESTATION ASSURANCE (extra scolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat : Compagnie d'assurance :

6 REGIME ALLOCATAIRE

Vous êtes bénéficiaire de la : CAF MSA Autre Précisez le nom de la caisse :

N° d'allocataire :

7 OPTIONS D'INSCRIPTION

Votre enfant fréquentera la structure :

Les mercredis Les vacances d'été Les petites vacances

L'inscription à ces périodes ne constitue pas une réservation. Il s'agit seulement de préciser les périodes auxquels votre enfant sera susceptible de participer.

8 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil et je l'accepte dans son intégralité.
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par la structure d'accueil.
- J'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 mon enfant.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à l'accueil de mon enfant à la réservation.
- J'autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:



Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Tout changement de l'état de santé de votre enfant devra être signalé dans les meilleurs délais à la direction.

1 L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de Naissance:/...../..... Garçon Fille

2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Autre : Nom : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Parent 1: Tél port. Tél maison Tél prof

Parent 2: Tél port. Tél maison Tél prof

Numéro de sécurité sociale (Affilié à l'enfant) Caisse :

3 VACCINATIONS (compléter ou joindre la photocopie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tetracoq			
Autres (préciser)			

VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DU DERNIER RAPPEL
Hépatite B	
Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Coqueluche	
Autre (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ?

OUI NON

Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI

Votre enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole OUI NON

Otite OUI NON

Varicelle OUI NON

Scarlatine OUI NON

Rougeole OUI NON

Angine OUI NON

Coqueluche OUI NON

Oreillons OUI NON

Votre enfant a-t'il des allergies

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Les piqûres d'insectes OUI NON

Préciser 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 :

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Régimentaire alimentaire : Votre enfant suit-il un régime végétarien OUI NON

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Nom du signataire:

Signature:

Le:

