

# Dossier d'inscription Année 2017-2018

## Accueils de Loisirs

### PERPIGNAN



Accueils de Loisirs de Perpignan  
UFCV  
Délégation de Perpignan  
4 boulevard Saint Assisclé  
66 000 Perpignan  
04-68-98-01-80/ [pyrenees.orientales@ufcv.fr](mailto: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 maternel Saint-Martin/ Herriot

Club pré-ados Saint-Assisclé

Alsh Primaire Saint-Assisclé

Alsh Primaire J. Zay M. Curie

Club pré-ados J. Zay M. Curie

## 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 anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## 4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant soit-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 à 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 soit-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: .....

