



Accueil de Loisirs sans hébergement de CHANTRAINE



Du lundi 15 juillet au vendredi 16 août 2024

Horaire journalier de 9 h 00 à 17 h 00

Accueil de 7h30 à 9h00 et départ de 17h00 à 18h30

Date limite d'inscription : Vendredi 28 juin dernier délai

A fournir : Copie des pages de vaccination du carnet de santé – pour valider l'inscription, le dossier doit être complet et le règlement effectué.

L'ENFANT	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Adresse : N° : Voie : CP : Ville :	
Repas sans porc : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>(en cas de non-réponse, le régime avec porc sera donné)</i> Repas sans viande <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>(en cas de non-réponse, le régime avec porc sera donné)</i>	
RESPONSABLES LEGAUX	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse (si différente de l'enfant) N° rue : Code postal : Ville :	Adresse (si différente de l'enfant) N° rue : Code postal : Ville :
Tel Portable :	Tel Portable :
Tel Prof :	Tel Prof :
Mail :	Mail :
Employeur :	Employeur :
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
Règlement à l'inscription : Chèque, Chèque vacances, bons CAF	
Nom et adresse de la mutuelle :	
N° contrat :	N° allocataire :
Nom du médecin traitant :	tel :
PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	
Nom : Prénom : Lien de parenté : Tél :	Nom : Prénom : Lien de parenté : Tél :
Nom : Prénom : Lien de parenté : Tél :	Nom : Prénom : Lien de parenté : Tél :

AUTORISATION PHOTOS / VIDEOS

Je soussigné(e) : _____ père, mère, tuteur
de _____, autorise l'équipe d'animation, à filmer, prendre
des photos de mon enfant lors de la pratique d'activités mises en place par l'accueil de Loisirs de
Chantraine. Ces images pourront être diffusées sur différents supports (presse, site internet, l'écho de
Chantraine...). Oui Non

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) _____
autorise mon enfant : _____
- à repartir seul à la maison : oui non
- à repartir avec les personnes désignées ci-dessous :
Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____
Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____
Nom et prénom : _____ lien avec l'enfant : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (à préciser) :	
				

Pendant l'accueil, l'enfant suit-il un traitement médical ? 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 eu les maladies suivantes ?

	Mal des transports	Varicelle	Rubéole	Rhumatismes	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Angine	Rougeole	Oreillons
OUI										
NON										

Allergies : Médicamenteuse : Oui Non Alimentaire : Oui Non

Asthme : Oui Non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Indiquer les autres difficultés de santé : (maladie, accident, hospitalisation, etc.) en précisant les dates et précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, lentilles, prothèses, etc).

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

Date :

Signature du responsable :

(obligatoire)