

Médecin traitant

Nom & prénom : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

CES RENSEIGNEMENTS SONT CONFIDENTIELS, PENSEZ A METTRE CE DOSSIER SOUS ENVELOPPE SCLEE.**Documents à joindre IMPERATIVEMENT à ce dossier pour VALIDER l'inscription :**

- ✓ Une attestation en responsabilité civile ou l'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire.
- ✓ Le carnet de santé de votre enfant (nous réaliserons la copie des pages attestant des vaccins.
- ✓ Une photographie d'identité de votre enfant.
- ✓ Un test d'aisance aquatique pour les plus de 8 ans (gratuit, il est à valider avec un maître nageur).
- ✓ Les bons CAF (Hors Finistère), bons MSA et autres bons.

AUTORISATIONS ET DECHARGES

Je soussigné _____, responsable légal ou tuteur de l'enfant _____ :

- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées.
- Autorise mon enfant à emprunter le transport collectif.
- Certifie avoir pris connaissance du fonctionnement du centre de loisirs ou de l'accueil périscolaire et m'engage à le respecter.
- Autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Décharge les organisateurs de toutes les responsabilités en cas d'accident en dehors des heures de prise en charge par le centre de loisirs.
- Certifie que les vaccins obligatoires de mon enfant sont à jour.
- Certifie que mon enfant est couvert par une assurance en responsabilité civile ou un contrat d'assurance scolaire pour les activités extra-scolaires.
- M'engage à fournir à l'organisateur les documents nécessaires à joindre au dossier.
- Déclare exactes les informations renseignées sur cette fiche.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature du responsable légal, précédée de la mention « Lu et approuvé »,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Commune de Pont-Scorff

Accueil de loisirs et périscolaire de Pont-Scorff

Commune de résidence : _____

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de votre enfant.

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Fille Garçon

Date et lieu de naissance : ___ / ___ / ___ à _____

Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Photo
d'identité

FAMILLE

Nom(s) & prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postale : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Adresse mail (en majuscules SVP) : _____

Situation familiale : Célibataire Marié Pacsé Divorcé Séparé Veuf
 Vie maritale Assistante familiale Autre situation

Nombre total d'enfants : _____ Nombre total d'enfants à charge : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Nom de l'assurance extra-scolaire ou responsabilité civile : _____

PARENT 1

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse identique à adresse famille

Sinon _____

Code postale : _____ Ville : _____

Tél. travail : _____

Tél. portable : _____

Profession : _____

Autorité parentale : Oui Non

PARENT 2

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse identique à adresse famille

Sinon _____

Code postale : _____ Ville : _____

Tél. travail : _____

Tél. portable : _____

Profession : _____

Autorité parentale : Oui Non

Vous devez informer et signaler tout changement à la direction du Service Enfance Jeunesse.

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT APRES L'ACCUEIL DE LOISIRS

Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____
Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____
Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____
Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____
Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si les parents sont joignables)

Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____
Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____
Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____
Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____
Nom & prénom : _____ Lien de parenté : _____ Tél. : _____

REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES dont dépend l'enfant

- Régime général : ACF, La Poste, France Télécom, Fonction publique
- Régime MSA
- Autres régimes : EDF, GDF, SNCF, RATP, Caisse maritime

**Merci de bien renseigner votre numéro d'allocataire,
ainsi que votre quotient familial.
A défaut, le tarif le plus élevé sera appliqué.**

N° allocataire

Quotient familial

Je soussigné _____, responsable légal ou tuteur légal,
 autorise mon enfant à rentrer seul après l'accueil de loisirs à _____ heures.
 autorise mon enfant à prendre le transport en commun pour rentrer à _____ heures.

Je soussigné _____, responsable légal ou tuteur légal,
 accepte que mon enfant soit pris en photographie ou filmé dans le cadre des activités du centre de loisirs ou des temps périscolaires et autorise la structure à utiliser ces images pour illustrer ses supports d'information et de communication (Plaquettes ALSH, blogs des structures, site municipal, ...).
 refuse que les images de mon enfant soient utilisées.

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Fille Garçon Date de naissance : ____/____/____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche recueille les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'accueil de l'enfant.

VACCINATIONS

Vaccin DTP (antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique) obligatoire avec rappels tous les 5 ans

Date du dernier vaccin : ____/____/____

* Votre enfant n'est pas vacciné. Pourquoi ? _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? (Cocher les maladies qu'il a contractées)

- Coqueluche Diphtérie Hépatite Méningite Oreillons Rougeole
 Rubéole Scarlatine Thyphoïde et paratyphoïde Varicelle Rhumatismes
 Asthme Otites Angines

Préconisations et recommandations des parents : (port de lunettes, prothèses dentaires, auditives, ...)

Allergies

Médicamenteuses : _____

Alimentaires : _____

Autres : _____

**Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (particulièrement en cas d'automédication).
Si votre enfant fait l'objet d'un PAI, vous devez impérativement et rapidement en informer le service
enfance jeunesse en prenant rendez-vous au 02 97 32 58 79.**

**Indiquez ici les autres difficultés de santé éventuelles en précisant les dates et les précautions à prendre
(accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations, ...) :**

Si votre enfant doit suivre un traitement, merci de joindre l'ordonnance originale aux médicaments.