

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (précisez)	
Ou Tétracoq				Autres (précisez)	

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Asthme	Rhumatisme	Angine	Otite	Oreillons
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rubéole	Varicelle	Scarlatine	Rougeole	Coqueluche
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant est-il sujet à une allergie ?

Allergies médicamenteuses :  Oui  Non allergène(s) : .....

Allergies alimentaires :  Oui  Non allergène(s) : .....

Autres allergies :  Oui  Non allergène(s) : .....

L'enfant a-t-il rencontré d'autres difficultés de santé ?

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...). S'il est porteur d'un handicap nous apporter un maximum de précisions nous permettra de l'accueillir dans les meilleures conditions :

.....

.....

.....

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non si oui lequel : .....

Si l'enfant doit prendre des médicaments au Centre de Loisirs merci de confier à la direction les médicaments marqués au nom et prénom de l'enfant, dans leur emballage d'origine avec la notice, accompagnés de la prescription du médecin.

L'enfant bénéficie-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé à l'école :  Oui  Non

Si oui merci de joindre le PAI et le cas échéant les médicaments concernés.

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires :  Oui  Non

Si oui merci de préciser : .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

## REGIME ALIMENTAIRE :

L'enfant suit-il un régime alimentaire ?  Oui  Non si oui lequel : .....

Je soussigné M. /Mme.....:

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription,
- déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du Centre de Loisirs,
- autorise mon enfant à participer aux différentes activités, y compris aux activités extérieures,
- autorise le responsable du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A.....le .....

Signature :



## DOSSIER D'INSCRIPTION Accueil de Loisirs Mercredis après-midis et vacances scolaires

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe :  garçon  fille

Domicile principal de l'enfant : .....

Ecole : ..... Classe : .....

Photo

N° sécurité sociale (qui couvre l'enfant) :	N° allocataire CAF :
Régime spéciaux, précisez (SNCF, RATP, EDF-GDF) :	
Compagnie d'assurance :	N° contrat d'assurance :

	Parent 1 (à appeler en priorité)	Parent 2
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél domicile		
Tél portable		
Tél travail		
Mail		

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale :  oui  non  
En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant

Je soussigné M./Mme.....autorise :

- l'enfant à quitter seul le Centre de Loisirs:  oui  non
- les personnes suivantes à venir chercher l'enfant :

Nom et prénom	Téléphone

LES COPIES DES DOCUMENTS SUIVANTS SONT A FOURNIR

VACCINATIONS	Pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations ou attestation d'un médecin, sous enveloppe cachetée au nom de l'enfant	
AVIS D'IMPOSITION N-1 Si non allocataire CAF	Année N-1	
CARTE VACANCES LOISIRS	Seulement pour les familles bénéficiaires (Quotient familial CAF inférieur à 800)	
PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE	Seulement pour les enfants atteints de pathologies chroniques ou aiguës	

DROIT A L'IMAGE

Les photos et vidéos des enfants prises pendant les activités pourront être utilisées pour une utilisation au cours des activités de l'Accueil de Loisirs ou à des fins de communication ou de promotion quelque-soit le support. Si vous souhaitez vous opposer à cette utilisation, conformément à la réglementation en vigueur, veuillez l'indiquer par écrit au responsable de la structure : [alsh.belberaud@sicoval.fr](mailto:alsh.belberaud@sicoval.fr)

TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS

Si un traitement est à prendre durant tout ou partie du séjour, l'ordonnance du médecin devra être jointe et, s'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les noms et prénoms du mineur devront être inscrits sur l'emballage.

GRILLE TARIFAIRE MERCREDIS :

QUOTIENT FAMILIAL	Inférieur à 500	501 à 625	626 à 813	814 à 1000	1001 à 1250	1251 à 1625	Supérieur à 1625	Extérieur
1/2JOURNEE AVEC REPAS	6.30€	7.35€	8.40€	10.50€	12.60€	13.65€	14.70€	16.80€
½ JOURNEE SANS REPAS	4.20€	5.25€	6.30€	8.40€	10.50€	11.55€	12.60€	14.70€

GRILLE TARIFAIRE MERCREDIS REPAS :

QUOTIENT FAMILIAL	TARIF REPAS
DE 0 à 400	4.70€
DE 401 à 600	5.20€
DE 601 à 800	5.70€
A partir de 801 et au-dessus	6.30€
Extérieurs	6.50€

GRILLE TARIFAIRE JOURNEE ENTIERE (VACANCES SCOLAIRES) :

QUOTIENT FAMILIAL	Inférieur à 500	501 à 625	626 à 813	814 à 1000	1001 à 1250	1251 à 1625	Supérieur à 1625	Extérieur
JOURNEE AVEC REPAS	8.40€	9.45€	11.55€	13.65€	15.75€	16.80€	17.85€	19.95€