

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **DATÉS** ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

**L'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs nécessite les documents suivants :**

- Attestation d'assurance extrascolaire (Responsabilité Civile) : Compagnie, N° d'adhérent
- Justificatif de domicile
- N° d'allocataires CAF ou MSA ou CAF maritime – SNCF ou autres
- Pour les familles non allocataires : les Avis d'imposition
- N° de Sécurité Sociale
- Carnet de santé (pour la fiche sanitaire de liaison)
- Attestation de travail de l'employeur
- Si la garde de l'enfant est confiée à un seul parent, copie du jugement précisant l'identité du responsable légal unique.
- Justificatif de perception de l'AEEH (l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)
- Parents séparés en l'absence de jugement : fournir une attestation sur l'honneur précisant comment va s'effectuer la garde des enfants et la prise en charge de la facture.

Tous ces documents sont indispensables à l'enregistrement de l'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs

**Signature du responsable I & II précédée de la mention « Lu et approuvé » et Date :**

**Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur sur [www.cc-alberes-cote-vermeille-illiberis.fr](http://www.cc-alberes-cote-vermeille-illiberis.fr)**



**COMMUNAUTE DE COMMUNES ALBERES COTE**

**VERMEILLE ILLIBERIS :**

Pôle Enfance Jeunesse

3 Impasse Charlemagne BP 90103

66700 ARGELES-SUR-MER

[www.cc.alberes-cote-vermeille-illiberis.fr](http://www.cc.alberes-cote-vermeille-illiberis.fr)

TEL : 04.68.95.21.99

**DOSSIER D'INSCRIPTION DE L'ENFANT**

**PERISCOLAIRE ET/OU EXTRASCOLAIRE 2018/2019**

Maternelle

Primaire

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le / / à \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

La famille perçoit-elle une AEEH (allocation éducation de l'enfant handicapé)  oui  non

L'enfant dispose-t-il d'un P.A.I  OUI  NON (fournir le protocole et trousse PAI)

Exercice autorité parentale conjointe :  OUI  NON

Garde Alternée :  OUI  NON

Nom de la compagnie d'assurance Extrascolaire : \_\_\_\_\_

Numéro d'Assurance \_\_\_\_\_

J'autorise mon enfant à quitter SEUL le centre :  OUI  NON

Heure de départ : \_\_\_\_\_

Je souhaite que mon enfant fasse la sieste :  OUI  NON (Maternelle uniquement)

**IL EST VIVEMENT RECOMMANDE AUX FAMILLES D'ACCOMPAGNER LES ENFANTS LE MATIN ET L'APRES-MIDI AUPRES DE L'ANIMATEUR RESPONSABLE DE L'ACCUEIL ET D'ETRE PRESENT AUX ARRETS DE BUS POUR LES ENFANTS TRANSPORTES.**

**Droit à l'image :** Donne l'autorisation de diffuser les photographies de mon enfant prises dans le cadre des animations du service enfance/jeunesse, pour des articles de presse, expositions, journal du centre, etc. :  OUI  NON

NE PAS JETER SUR LA VOIE PUBLIQUE

**RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION**

**NOM DE LA PERSONNE QUI INSCRIT L'ENFANT :**

.....

**Responsable Légal I :**  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Union libre  Veuvage

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

N° Allocataire :  CAF \_\_\_\_\_  MSA \_\_\_\_\_  Autre (Précisez) \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**Responsable Légal II :**  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Union libre  Veuvage

Nom / Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

N° Allocataire :  CAF \_\_\_\_\_  MSA \_\_\_\_\_  Autre (Précisez) \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**FAMILLE ACCUEIL :** Nom / Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES PAS JOIGNABLE ET/OU A RECUPERER L'ENFANT**

Nom(s) / Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Lien de Parenté : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Nom(s) / Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Lien de Parenté : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....

Régime alimentaire :  OUI  NON A Préciser .....