



Ville de Cournonterral

Service Enfance Jeunesse

12 rue Armand Daney

34 660 Cournonterral

04 67 85 60 61

centrelouisirs@ville-cournonterral.fr

DOSSIER ENFANCE JEUNESSE

1^{ère} INSCRIPTION

2018/2019

(ALSH, ALP, club préados, Pôle jeunesse, Aide aux devoirs, restaurants scolaires)

OBLIGATOIRE

Pour permettre la fréquentation des enfants sur l'ensemble des structures

Documents à fournir :

- N° Allocataire CAF.
A défaut, avis d'imposition revenus 2017 au plus tard le 01/10/2018
(pour les non allocataires CAF)
- Attestation d'assurance année scolaire 2018/2019
- Notification (mail) « Aide aux loisirs »
- Fiche sanitaire remplie et signée

A retourner au Service enfance jeunesse au plus tard le 03 août 2018

FICHE de RENSEIGNEMENTS

➤ Adultes

Père ou responsable légal		Mère ou responsable légal	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Date de naissance		Date de naissance	
Tel dom		Tel dom	
Tel port		Tel port	
email		email	
profession		profession	
N° S.Sociale /MSA enfant			
N° allocataire CAF			

En cas de garde spécifique (alternée...) merci de nous le préciser :

➤ Facturation

- Père
- Mère
- Autre (précisez)

➤ Enfants à inscrire

Nom et prénom des enfants	Date naissance	Ecole	Nom de l'enseignant

AUTORISATIONS

Je soussigné, Mme, Mlle, M, _____

Responsable légal de(s)
l'enfant(s) _____

➤ **Sorties**

Autorise mon(es) enfant(s) à quitter les ALAE, les ALSH ou l'aide aux devoirs

Nom, prénom de l'enfant : _____

- Seul
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Nom, prénom de l'enfant : _____

- Seul
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Nom, prénom de l'enfant : _____

- Seul
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Nom, prénom de l'enfant : _____

- Seul
 En compagnie de (plusieurs personnes possibles)

Merci d'alerter le service en cas de changement, en cours d'année, concernant les autorisations de sortie

➤ **Soins**

Autorise les responsables des accueils de loisirs et de l'aide aux devoirs à faire soigner nos enfants et à faire pratiquer les interventions d'urgence, les anesthésies générales, suivant les prescriptions des médecins.

M'engage à payer la part des frais médicaux et d'hospitalisation incombant à la famille.

➤ **Activités**

Autorise mon(es) enfant(s) à participer à toutes les activités intérieures et extérieures proposées dans le cadre des accueils de loisirs et de l'aide aux devoirs.

Autorise la publication de photo de mon(es) enfant(s) dans le cadre de diffusion de presse (Site Internet municipal, Journal communal, presse locale...)

- Oui
 Non

➤ **Règlements**

Déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs de restauration scolaire et des accueils de loisirs. (<http://www.ville-cournonterral.fr>, rubrique enfance jeunesse puis ALSH)

Date et signature du responsable légal et/ou du redevable de l'enfant

AIDE AUX DEVOIRS (OPTIONNEL)

Nom et prénom des enfants	Etudes surveillées			
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Nom et prénom des enfants	Accompagnement à la scolarité	
	soit Lundi & jeudi	soit Mardi & vendredi

Ce dispositif est réservé aux enfants en difficultés scolaires, après concertation avec l'enseignant référent.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / __

Garçon

Fille

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

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

**SI VOUS N'AVEZ PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION**

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** durant la semaine ? oui non

Si l'enfant suit un traitement médical durant la semaine, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/>
Coqueluche <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>
Varicelle <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>

Allergies : Asthme Alimentaire Médicamenteuses Autres

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

.....
.....

P.A.I (PROJET D'ACCEUIL INDIVIDUALISÉ) EN COURS ? oui non (joindre protocole et informations utiles) :

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES 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...

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

ADRESSE :

.....

Tél FIXE ou PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

.....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :