

Association départementale des Francas de l'Aisne

# ACCUEIL DE LOISIRS DE GUISE

ANNEE 2019

## DOSSIER ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Pièces à joindre :  attestation d'assurance  
 copie des vaccinations

Semaine(s) :

Vacances d'été :

- du 08/07 au 12/07
- du 15/07 au 19/07
- du 22/07 au 26/07

Vacances d'automne :

- du 21/10 au 25/10
- du 28/10 au 31/10

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : ..... Âge : ..... ans  
École fréquentée : ..... Classe : .....

## LES RESPONSABLES LÉGAUX

	Le père ou autre : .....	La mère ou autre : .....
Nom		
Prénom		
Adresse		
Code Postal		
Ville		
Tél. portable		
Tél. fixe		
Tél. bureau		
Adresse e-mail		
Profession		

## RENSEIGNEMENTS DIVERS

Numéro de sécurité sociale : .....

Régime d'allocations familiales :

- C.A.F.      Numéro d'allocataire (obligatoire) : .....      Quotient : .....
- M.S.A.
- Autre : précisez : .....

Nom de l'assurance responsabilité civile : .....

Numéro de la police d'assurance : .....

Une attestation d'assurance vous sera demandée lors de l'inscription (document obligatoire)

Nom de la mutuelle : .....

Adresse de la mutuelle : .....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1- Vaccinations (se référer au carnet de santé de l'enfant) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE				HÉPATITE B	
TÉTANOS				R.O.R	
POLIOMYÉLITE				COQUELUCHE	
OU DT POLIO				AUTRES (préciser)	
OU TÉTRACOQ					
BCG					

Possibilité de donner une photocopie du carnet de vaccinations, si tout est lisible.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2- Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs :  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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : Asthme :  OUI  NON Médicamenteuses :  OUI  NON

Alimentaires :  OUI  NON Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours :  OUI  NON (joindre le PAI et toutes informations utiles)

Indiquez les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

3- Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, Etc... précisez : .....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire (sans porc, sans viande...) : .....

4- Responsable de l'enfant

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

## AUTORISATIONS PARENTALES

### Retour seul :

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant ..... autorise / n'autorise pas\* le directeur à laisser mon enfant repartir seul à la fin de la journée de l'accueil de loisirs.

Si l'enfant n'est pas autorisé à repartir seul, merci de bien vouloir indiquer les noms et prénoms des personnes autorisées à prendre en charge l'enfant à la fin de la journée

Nom	Prénom	Qualité	N° de téléphone

### Droit à l'image :

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant ..... autorise les Francas de l'Aisne à utiliser les photographies de mon enfant pour :

- des documents internes (bilans, exposition, dvd, ...)
- des articles de presse
- des plaquettes d'informations
- le site des Francas de l'Aisne : [francas02.fr](http://francas02.fr)

### Les activités :

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant ..... autorise mon enfant à participer aux différentes sorties et activités organisées à l'extérieur des locaux de l'accueil de loisirs.

### Règlement intérieur :

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant ..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils de loisirs sans hébergement organisés par les Francas de l'Aisne.

### Caisse d'Allocations Familiales :

Je soussigné (e) ....., responsable légal de l'enfant ..... autorise / n'autorise pas les Francas de l'Aisne à consulter dans l'espace réservé aux professionnels mon dossier familial afin de vérifier mon quotient familial. Sans accord de votre part, le tarif plein sera appliqué.

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

--

\* Rayer la mention inutile