ALSH Chaulnes
Dossier Unique d'inscription

Nom de famille : …...

Adresse complète : ....

…..

N° téléphone	Responsable 1	Responsable 2	Autre contact :
Domicile			
Travail			
Portable			
Mail			

Nom(s) de(s) enfant(s) :	Prénom(s) de(s) enfant(s) :	Dates de Naissance :
….............................	….................................	….................................
…...........................	….................................	….................................
…...........................	…................................	….................................

Inscription à la cantine si elle est prévu : OUI NON

Profession des employeurs: Père:…...................................... Mère…......................................
adresse: …...................................... …......................................
…...................................... …......................................

Organisme Familiale: …..
Nom de la caisse: …..
Adresse: …..
N° allocataire: …..

Nom et adresse du médecin: …..

N° téléphone: …..

Fait à …..
Le …..

Signature du, des parents ou du représentant légal.

La CAF de la Somme apporte son soutien financier à l'accueil de loisirs de la commune Chaulnes.

Autorisation parentale

Je soussigné,…..., responsable de, des l'enfant(s)
Nom prénom :….....
Nom prénom :….....
Nom prénom :….....
autorise les responsables de l'accueil de loisir de la commune de Chaulnes à présenter mon, mes enfant(s)à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur ….....
….... ou l'hospitalisation à….....

J'autorise mon, mes enfant(s):

- à participer aux activités organisées par la commune(transport y compris).
- à participer aux séjours courts.
- à voyager : voiture et transport collectif.
- à se baigner.

Personne(s) à prévenir en cas de nécessité hors parents:

Nom :	Prénom :	Tel :
Nom :	Prénom :	Tel :

J'autorise mon, mes enfants à rentrer à la maison, après le fonctionnement de l'accueil, que s'il(s) est(sont) accompagné(s) de….....
ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

J'autorise la consultation et la conservation de données issues du CDAP relatives aux informations des allocatires de la CAF de la Somme (quotient CAF).

Je donne également à l'accueil de loisirs organisée par la commune de Chaulnes l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéo réalisées par l'ALSH de ma personne et/ou de celle de mon, mes enfant(s).

Pour les usages exclusifs suivants: Bulletin municipal, médias locaux, site internet de la commune et/ou du centre, illustration de documents d'information de la commune pour le centre.

Cette autorisation est valable pour une durée 10 ans à compter du jour de la signature du présent document. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photographies/vidéos ne devront pas porter atteinte à mon image ou à celle de mon, mes enfant(s).

Fait à …..... Signature

Le….....

La CAF de la Somme apporte son soutien financier à l'accueil de loisirs de la commune Chaulnes.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

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	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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… 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).....

Je soussigné, ...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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ecoprint 01 64 66 3000