MAIRIE D'ANIANE

ANNEE 2014-2015

FICHE FAMILLE INSCRIPTION UNIQUE

RESTAURANT SCOLAIRE - GARDERIE

ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRE (ALP)

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH) – POLE ADOS

Nom de l'enfant .....

Prénom de l'enfant .....

Date de naissance .....**Age**.....

Représentant légal n°1 .....

Adresse.....

Tél : ....

Adresse mail : .....

Représentant légal n°2 .....

Tél : ....

Adresse (si différente du représentant n°1).....

Adresse mail : .....

Nombre d'enfants à charge.....

N° allocataire CAF : .....

J'autorise l'accès du service jeunesse à CAF PRO (pour le calcul du quotient familial) oui non

Autres Renseignements : Indiquer les informations ou modifications importantes (santé - allergies – PAI)

.....

Au cas où nous serions dans l'impossibilité de vous joindre autre personne à contacter d'urgence

- NOM : ..... Tél : .....

- NOM : ..... Tél : .....

Noms des personnes majeures habilitées à récupérer votre enfant pour l'année

- NOM : ..... Tél : .....

- NOM : ..... Tél : .....

Mairie d'Aniane, service Enfance & Jeunesse,
50 bd Félix Giraud (ancienne conciergerie), 34150 ANIANE
Tél : 04 67 57 01 51 - @mail : ***resajeunesse.aniane@gmail.com*****- site internet : ville-aniane.com**

Pour les enfants fréquentant l'ALSH et/ou le POLE ADOS

Je soussigné (e) .....responsable légal de l'enfant

Autorise mon enfant à :

- Participer aux sorties de l'accueil de loisirs et/ou du pôle ados □ oui □ non
- Participer aux activités sportives □ oui □ non
- Participer aux activités de baignade □ oui □ non

  L'enfant sait-il nager ? □ oui □ non

- Partir seul de l'accueil de loisirs / du pôle ados □ oui □ non

  Si OUI, à partir de quelle heure ? .....

- Partir seul du pôle ados à la fin des activités □ oui □ non

Autorise l'accueil de loisirs et le pôle ados à :

- Utiliser les photographies ou documents filmés pour des expositions, brochures, diaporamas ou tout autre support relatif aux activités du centre □ oui □ non.
- Transporter mon enfant dans ses véhicules (minibus ou véhicules des directeurs) ou ceux de ses prestataires. □ oui □ non

Autorise le directeur / la directrice de l'accueil de loisirs, du Pôle Ados à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale. □ oui □ non

Aides aux Loisirs : Renseignements complémentaires

- **Aide aux loisirs C.A.F. ou M.S.A**

□ Je ne bénéficie pas des aides aux loisirs

□ Je soussigné(e).....
Responsable de l'enfant.....

CERTIFIE bénéficier de l'aide aux loisirs pour l'année en cours : □ C.A.F. □ M.S.A.

N° d'allocataire.....

- **Autres Aides (aides des comités d'entreprises ou autres)**

□ Je bénéficie d'autres aides aux loisirs d'un montant journalier de .....€

Nom du comité d'entreprise ou autre :.....

Dans tous les cas joindre les documents justificatifs.

Pour les enfants Fréquentant l'accueil de loisirs Périscolaire (ALP)

Je soussigné (e) .....responsable légal de l'enfant

Autorise mon enfant à :

- Participer aux activités à l'extérieur de la structure □ oui □ non
- Participer aux activités sportives □ oui □ non

Autorise l'accueil de loisirs périscolaire à :

- Utiliser les photographies ou documents filmés pour des expositions, brochures, diaporamas ou tout autre support relatif aux activités de l'accueil □ oui □ non.
- Transporter mon enfant dans ses véhicules (minibus ou véhicules des directeurs) ou ceux de ses prestataires. □ oui □ non

Autorise le directeur / la directrice de l'accueil de loisirs périscolaire à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale. □ oui □ non

autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs du soir à 17h seul les lundi, mardi, jeudi et vendredi ainsi que le mercredi à 11h45, **sous ma seule responsabilité** et ce durant tout l'année scolaire.

□ oui □ non

Je soussigné(e) ..... représentant légal de l'enfant ..... certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription et atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services affichés sur chaque site et m'engage à les respecter.

Fait à Aniane le Signature

PIECES A INCLURE AU DOSSIER (sauf si déjà fournies depuis janvier 2014)

1. Copie de tous les feuillets du livret de famille,
2. Copie du jugement pour la garde de l'enfant (en cas de séparation),
3. Copie des vaccinations (carnet de santé,)
4. Copie des 4 volets du dernier avis d'imposition du foyer 2013 (revenus 2012), ou des trois derniers bulletins de salaires du foyer (une attestation sur l'honneur pour les parents vivants seuls avec leur(s) enfant(s)).
5. Fiche sanitaire de loisir en annexe remplie

NB en l'absence du carnet de santé, fournir un certificat médical autorisant l'enfant à fréquenter la structure. Merci aussi de fournir un certificat médical en cas d'interdiction pour votre enfant d'exercer une activité quelle qu'elle soit.

PIECES COMPLEMENTAIRES A JOINDRE POUR L'ALSH ET LE POLE ADOS

6. Aides aux loisirs CAF ou MSA de l'année en cours ou aides de votre CE.

Je note qu'en cas d'absence de justificatifs de ressources, le tarif le plus élevé sera appliqué.

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 ☐

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON ☐ OUI ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR _____

_____

_____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

_____

_____

_____

OBSERVATIONS

_____

_____

_____

_____

_____

_____