

DOSSIER D'INSCRIPTION 2021

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT LAUDINIE

ENFANT

NOM : Prénoms : Date de naissance :

PARENTS

NOM : Prénoms :

Adresse :

Téléphone principal : Téléphone domicile :

Téléphone travail : Email :

NOM : Prénoms :

Adresse :

Téléphone principal : Téléphone domicile :

Téléphone travail : Email :

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

✓ Téléphone :

✓ Téléphone :

Tarifs et Participation des caisses (**JOINDRE LA PHOTOCOPIE D'ATTESTATION CAF OU MSA**) :

	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3	Tranche 4
Tarif à la journée	10 €	10,50 €	11 €	12 €
Tarif à la demi-journée	6 €	6.50 €	7 €	8 €
CAF : QF / Valeur PASS	0 - 420 / 6 €	420 - 520 / 4 €	521 - 800 / 3 €	Sup à 801 / 0 €
Indiquer votre quotient familial				
MSA : QF / Valeur PASS	0 - 357 / 4 €	357 - 471 / 4 €	471 - 730 / 4 €	Sup à 730 / 4 €
Indiquer votre quotient familial				

TARIF DU REPAS : 4,00 €

Site internet : www.laudinie.fr

Email : alshlaudinie@gmail.com

Adresse : 17 route de Laudinie 12270 LA FOUILLADE

Téléphone : 07 72 55 33 06

Autorisations parentales

Je soussigné (responsable légal).....

Demeurant (adresse).....

Autorise mon enfant

- à participer aux activités organisées dans le cadre de l'accueil de loisirs de Laudinie.

Autorise :

- Le directeur ou l'équipe d'animation de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé et impossibilité de joindre les parents, notamment toute consultation de médecin, et éventuellement toute hospitalisation ou intervention chirurgicale qui serait ordonné par le médecin.
- L'association « Laudinie » à prendre, publier, utiliser la représentation en image de mon enfant à des fins professionnelles (photos et films), pédagogiques, publicitaires ou informatives dans le cadre de nos accueils, de brochures, de la presse, de réseaux sociaux ou sur notre site internet, sans demander d'indemnisation. Cette autorisation est consentie à titre gracieux et pour une durée de cinq ans exploitée par l'association « Laudinie ».
- L'encadrement de l'accueil de loisirs à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou particulier, autocar, minibus, le cas échéant, dans le cadre des activités du centre de loisirs.

En outre, je certifie que:

- L'enfant est actuellement couvert par un contrat d'assurance pour la garantie de responsabilité civile par le biais d'un adulte responsable. Je m'engage, en cas de sinistre imputable à la responsabilité de mon enfant, à prendre à ma charge, le montant de la franchise due au tiers lésé.
- Avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs sans hébergement de la structure.

Nom de l'assurance : Numéro du contrat :.....

Fait à

Signature du représentant légal :

(Précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé – bon pour autorisation »)

Le

Site internet : www.laudinie.fr

Email : alshlaudinie@gmail.com

Adresse : 17 route de Laudinie 12270 LA FOUILLADE

Téléphone : 07 72 55 33 06

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

A .L.S.H. LAUDINIE, 17 ROUTE DE LAUDINIE 12 270 LA FOUILLADE

2 – VACCINATIONS : à remplir ou fournir les photocopies du carnet de santé aux pages correspondantes

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq					

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 MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical pendant une période d'accueil les parents s'engagent à en fournir l'**ordonnance** 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	VARICELLE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	SCARLATINE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

4 – ALLERGIES :ASTHME OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON PRECISEZ.....MEDICAMENTEUSES OUI NON PRECISEZ.....**AUTRES ALLERGIES : PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

Site internet : www.laudinie.frEmail : alshlaudinie@gmail.com

Adresse : 17 route de Laudinie 12270 LA FOUILLADE

Téléphone : 07 72 55 33 06

5 – DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET/OU RECOMMANDATIONS

PAR EXEMPLES : PORT DE LENTILLES, DE LUNETTES, DE PROTHÈSES AUDITIVES, DE PROTHÈSES DENTAIRES OU MALADIES, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6- REGIME ALIMENTAIRE SPECIAL

SANS PORC / VEGETARIEN

AUTRES, PRECISEZ :

.....

7 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

.....

.....

TÉLÉPHONE PRINCIPAL :AUTRES NUMÉROS :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT.....

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

Date : Signature :