Association Départementale les Francas de Haute Marne

Cadre réservé direction
☐ Numéro d'allocataire ☐ Quotient familial ☐ Copie des vaccins ☐ Remise du R.I.

N° agrément DSDEN : 05234CL000722

DOSSIER VALABLE DU 01/01/2023 au 31/12/2023

DOSSIER D'INSCRIPTION
CENTRE DE LOISIRS DE DOULAINCOURT – ANNEE 2023

ENFANT

Photo

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE de NAISSANCE : _____

☐ **FILLE** ☐ **GARCON**

PARENTS / RESPONSABLE(S)

PARENT / RESPONSABLE 1	PARENT / RESPONSABLE 2
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postale :	Code postale :
Commune :	Commune :
Tel :	Tel :
Tel travail :	Tel travail :
Adresse mail :	Adresse mail :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence (Nom, Prénom) :

Téléphone :

Autre personne autorisée à venir chercher l'enfant (Nom, Prénom) :
(Une pièce d'identité sera demandée)

N° SECURITE SOCIALE DU RESPONSABLE : _____

Organisme Sécurité Sociale : _____

Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRES REGIMES

N° ALLOCATAIRE : _____

Q.F : _____

Pour que le dossier soit validé, vous devez fournir :

- Ce dossier d'inscription dûment complété et signé
- Votre numéro allocataire CAF, votre numéro allocataire MSA
- Votre quotient familial.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ACCUEIL DE LOISIRS

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

1. VACCINATIONS : Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. **Joindre une copie des vaccins**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dernier Rappel	Vaccins recommandés	OUI	NON	Date
DIPHTERIE				HEPATITE . B			
TETANOS				RUBEOLE			
POLIOMYELITE				COQUELUCHE			
Ou DT POLIO				AUTRE (à préciser)			
Ou Tétracoq							
B.C.G							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit il suivre un traitement médical pendant le séjour ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant).

ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
SCARLATINE		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		
OREILLONS		
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		

L'enfant a-t-il eu des allergies ?

Médicamenteuses ☐ OUI ☐ NON

Alimentaires ☐ OUI ☐ NON

Asthme ☐ OUI ☐ NON

Autres ☐ OUI ☐ NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

_____

_____

_____

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

_____

_____

_____

3. RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, régime alimentaire spécifique….

_____

_____

_____

4. APPLICATION DE PRODUITS CUTANES

En cas de besoin, l'équipe d'animation peut être amenée à appliquer certains produits pharmaceutiques cutanés à votre enfant. En cochant les cases suivantes vous autorisez, si la situation l'impose, l'application du produit pharmaceutique indiqué :

☐ Crème solaire

☐ Gel à l'arnica (contusions)

☐ Biafine (brûlure)

☐ Crème apaisante piqure d'insectes

☐ Répulsif moustiques

☐ Répulsif poux

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

_____

IMPORTANT : En cas d'absence justifiée de l'enfant (sur présentation d'un certificat médical pour maladie par exemple) un remboursement pourra être effectué.

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

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») Date :

INFORMATIONS PRATIQUES :

- Le règlement du séjour (facilité de paiement possible), CESU et ANCV acceptés, paiement en ligne sur https://www.payassociation.fr/francas52/factures/ACM52

- Eviter les objets de valeur pendant le séjour.

- Apporter une tenue de rechange pour les enfants d'âge maternel.

- Apporter une serviette de toilette pour les enfants faisant la sieste.

- Assurances : le Centre de Loisirs souscrit à un contrat d'assurances pour tous les enfants, auprès de la MAIF (N° de police 901 889 B)

Demandes de consentement

(Si vous en acceptez les conditions, cochez les cases correspondantes)

☐ J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur

☐ J'autorise la direction à faire donner à mon enfant tous les soins nécessaires à son état en cas d'urgence.

☐ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités pratiquées par le Centre de Loisirs, y compris les sorties en autobus.

Dans le cadre des activités, j'autorise la direction à utiliser l'image de mon enfant et laisse l'association Les Francas de Haute Marne faire usage de celles-ci pour les supports de diffusion suivant :

☐ Presse locale

☐ Site internet de l'association

☐ Page Facebook du centre de loisirs (privée)

☐ Page Facebook de l'association

☐ Flyers et affiches publicitaires de l'association

Fait à _____ Le _____

Signature du responsable de l'enfant