



**SERVICE ENFANCE-JEUNESSE  
COMMUNE DE MONTFERRIER-SUR-LEZ**



ANNÉE 20 ... / 20 ...

STRUCTURE :  ALSH 3-10  
 Espace Jeunes

**Espace Jeunes**

Adhésion (Espace Jeunes)

Tranche :

**Pièces à fournir :**

**Dossier enfant :**

- Fiche sanitaire remplie
- Photocopies carnet de Vaccinations
- Copie carte sécurité Sociale
- Copie Attestation mutuelle

**Dossier Famille :**

- Photocopies du livret de famille
- Justificatifs de revenus : dernier avis d'imposition
- Justificatif de domicile
- Aide aux loisirs et Bons CAF + aides diverses

**Dossier Camps :**

- Attestation d'aptitude à la pratique des activités aquatiques

<b>NOM :</b>	- de 6 ans	6/11 ans	11/17 ans
<b>Prénom :</b>			
<b>Adresse mel du jeune :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Téléphone portable du jeune :</b>			

Date de naissance ..... / ..... / ..... Age..... Ecole ..... Classe .....

Nom du représentant légal de l'enfant (père, mère, tuteur légal).....

Adresse complète.....

Code postal : ..... Ville : .....

**FAMILLE** *Nous devons pouvoir vous joindre à tout moment de la journée*

Nom du père : ..... Nom de la mère : .....

Portable : ..... Portable : .....

Profession : ..... Profession : .....

Employeur : ..... Employeur : .....

N° professionnel : .. / .. / .. / .. / .. N° professionnel : .. / .. / .. / .. / ..

Email : .....@.....

**Domicile:** . . . / . . . / . . . / . . . / . . . **En cas d'urgence :** . . . / . . . / . . . / . . . / . . .

**En cas d'urgence :** . . . / . . . / . . . / . . . / . . .

**TARIFICATION**

Cochez la case correspondant à votre régime sécurité sociale :  Général/ Fonction Publique / RSI/ autre

MSA

N° de sécurité sociale							
------------------------	--	--	--	--	--	--	--

N° d'allocataire CAF				
----------------------	--	--	--	--

## AUTORISATIONS PARENTALES (A LIRE ET A SIGNER)

### DROIT A L'IMAGE (COCHER LA CASE)

J'autorise l'équipe d'animation et l'organisateur à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration des centres de loisirs.

OUI  NON

### DÉCHARGE POUR LES DENRÉES ALIMENTAIRES PRÉPARÉES PAR LES FAMILLES ET APPORTÉES AU CENTRE DE LOISIRS

L'arrêté du 9 mai 1995 réglementant l'hygiène des aliments remis directement au consommateur et le suivi des centres de loisirs par les Services Vétérinaires implique des règles d'hygiène de plus en plus strictes.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la qualité sanitaire des aliments préparés par les parents à domicile ainsi que la température lors du transport (maximum + 4°C)

Je soussigné(e) Mme, Mr.....

Certifie avoir pris connaissance du texte ci-dessus avant signature et de ce fait autorise l'équipe du centre de loisirs à donner les repas préparés et transportés par mes soins (décharge valable pour la durée du séjour de mon enfant au centre de loisirs).

Par conséquent, je décharge le personnel du centre de loisirs de la responsabilité en cas d'incident lié à l'ingestion de ces repas.

### UNIQUEMENT POUR LES ENFANTS INSCRITS A L'ALSH L'OLIVIER

#### AUTORISATIONS DE SORTIE (\* cochez la case)

##### Délégation

J'autorise les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant au centre de loisirs :

Nom.....Parenté.....Téléphone.....

Nom.....Parenté.....Téléphone.....

Nom.....Parenté.....Téléphone.....

##### Restriction

Je n'autorise pas (sur présentation d'un document officiel) les personnes désignées ci-dessous à venir chercher mon enfant au centre de loisirs :

NOM - PRÉNOM.....

##### Départ autonome

- J'autorise mon enfant (à partir de 6 ans) à partir seul du centre de loisirs

à midi : à..... H OUI \*  NON \*  le soir : à .....H OUI \*  NON \*

- Je soussigné(e), Mr ou Mme.....

Responsable de l'enfant désigné précédemment, **certifie avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement** du centre de loisirs ou Espace jeunes ainsi que de **son règlement intérieur**.

- Je déclare y souscrire entièrement et autoriser mon enfant à participer à toutes les activités, sorties, baignades en mer ou en piscine, prévues par la Direction du Service Enfance - Jeunesse.

- Je m'engage à fournir les documents nécessaires à l'inscription et à me conformer aux modalités de paiement.

- Je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser au Service Enfance - Jeunesse, les frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin.

Fait à Montferrier-sur-lez, le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

GARÇON                       FILLE 

GROUPE ET RHESUS SANGUIN : .....

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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ		SCARLATINE	
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"/>
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		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"/>		

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.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

REGIME ALIMENTAIRE : sans porc  sans viande  Autres : .....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

.....  
.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE .....

BUREAU:.....

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.*

Date :

Signature :