



SERVICE ENFANCE-JEUNESSE
COMMUNE DE MONTFERRIER-SUR-LEZ



ANNÉE 2024 / 2025

STRUCTURE :

Pièces à fournir :

Photocopies carnet de Vaccinations

Nom :

Prénom :

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 :

Domicile : Domicile (si différent du père) :

Profession : Profession :

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

Email (en majuscules) :@.....

Si vous n'êtes pas joignable, personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom..... Numéro ... / ... / ... / ... / ...

Nom..... Numéro ... / ... / ... / ... / ...

TARIFICATION

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

N° d'allocataire CAF

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.

N'hésitez pas à nous préciser si vous souhaitez que les photos soient utilisées qu'en interne (pour le centre de loisirs) et non pas sur tous les réseaux sociaux.

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 ALSH

L'ENFANT :

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON FILLE

GROUPE ET RHESUS SANGUIN :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE EST OBLIGATOIRE ET NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les temps d'accueil ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants,

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		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"/>		

ASTHME : oui non si oui, merci de fournir une ordonnance (ou le PAI) ainsi que le traitement

ALLERGIES : MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

RÉGIME ALIMENTAIRE : sans porc sans viande 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...) **ET RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES** (diabolos, prothèse auditive...) **EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

RESPONSABLE DE L'ENFANT

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

Date :

Signature :