



Avec le soutien
de la CAF des
Yvelines

Dossier d'inscription Accueils de loisirs d'AUTEUIL LE ROI



Document à compléter

1. Une fiche de renseignements avec photo de l'enfant
2. Une fiche sanitaire de liaison
3. L'attestation de connaissance du règlement intérieur dûment signée et complétée (en annexe)

Ces documents sont disponibles en téléchargement sur le site de l'ifac ou en format papier à l'accueil de loisirs.

Pièces à fournir

- Attestation d'assurance responsabilité civile extra-scolaire
- Ordonnance de moins de 3 mois et traitement ou PAI (Si besoin)
- Photocopie des pages de vaccinations obligatoires (la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite)
- Copie du Livret de famille ou autre document justifiant de l'autorité parentale si nécessaire

www.ifac.asso.fr

Institut de formation, d'animation et de conseil - Association à but non-lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR: _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ *taper xx/xx/xx*

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des information utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 Février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	<i>taper xx/xx/xx</i>
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATIONS

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : Kg Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES : Oui Non
MEDICAMENTEUSES : Oui Non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : Oui Non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser Oui Non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM :

ADRESSE :

PRÉNOM :

TEL TRAVAIL :

TEL TRAVAIL :

PRÉNOM :

ADRESSE :

Responsable N°2 : NOM :

ADRESSE :

TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e) responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : *(xx/xx/xx)* Signature :



Avec le soutien

ACCUEIL DE LOISIRS DE LA COMMUNE DE :



ATTESTATION - Règlement intérieur année :

Afin de nous garantir votre engagement dans le respect du règlement intérieur, veuillez nous retourner l'attestation de connaissance du règlement intérieur signée et la remettre à l'accueil de loisirs.

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom

Père, mère, responsable légal, de, des enfants :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Nom :

Prénom :

Fréquentant l'accueil de loisirs de la commune de :

Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et de l'accueil périscolaire et accepte les modalités de fonctionnement y figurant.

Fait à

, le

Signature

www.ifac.asso.fr

Institut de formation, d'animation et de conseil - Association à but non-lucratif à vocation éducative, sociale et territoriale.