

DOSSIER D'INSCRIPTION
Année scolaire 2024-2025

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint le « dossier d'inscription » de votre enfant à l'accueil **La Récré du Samedi**. Merci de nous retourner ce dossier complété et signé de toutes parties le plus rapidement afin que nous puissions accueillir votre enfant rapidement.

Documents à joindre

Nous vous demanderons de joindre à ce dossier les documents suivants :

- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Copie du carnet de vaccination
- Attestation CAF ou MSA mentionnant le numéro d'Allocataire ainsi que le quotient familial
- La fiche sanitaire en Annexe 1 de ce document
- La fiche d'autorisation en Annexe 2 de ce document
- En cas de besoin, l'ordonnance du traitement de votre enfant
- En cas de besoin, une copie du P.A.I de votre enfant

Aucun médicament / traitement ne pourra être attribué à l'enfant par l'équipe d'animation sans ordonnance

Pour participer aux activités :

- Dossier d'inscription complet et validé par les responsables du dispositif.
- Adhésion de 10€ par enfant obligatoire (règlement à joindre par chèque à l'ordre **ANIM AVEC THOMAS** ou par espèces). Si elle n'est pas jointe, elle sera facturée lors de la prochaine période de facturation (mois en cours).

Ce dossier est à retourner dans son intégralité et accompagné des documents cités ci-dessus par email à l'adresse email du dispositif : larecredusamedi@asso-aat.fr ou par voie postale au 64 rue des lilas 72160 La Chapelle-Saint-Rémy.

Nous restons à votre disposition pour toute demande complémentaire.

Cordialement,
L'équipe d'animation

1. L'ENFANT

NOM et Prénom :

Née le :

Âge :

2. LES RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

NOM Prénom :

NOM Prénom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone fixe :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Adresse mail :

N° Sécurité Sociale :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire :

N° Allocataire :

Quotient Familial :

Quotient Familial :

3. AUTORISATIONS

Je soussigné(e), parent / tuteur de :

Autorise l'association à transporter mon enfant en véhicule (voiture, bus, mini-bus) dans le respect de la réglementation routière.

Autorise mon enfant à rentrer seul des activités.

Autorise l'association à prendre des photos de mon enfant et à les diffuser dans tous supports de communication (Facebook, Instagram, Blogs, Bulletins municipaux).

Autorise-la ou les personnes suivantes à venir chercher mon enfant après les activités ou en cas d'urgence

NOM & Prénom :

Téléphone :

NOM & Prénom :

Téléphone :

NOM & Prénom :

Téléphone :

Le / / à

Signature du responsable léga



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations 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
Diphtérie				Coqueluche	
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-INDICATION.

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 des 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 : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE 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 :

Signature :