



Association Départementale les Francas de Haute Marne

- Cadre réservé direction
- Numéro d'allocataire
 - Quotient familial
 - Copie des vaccins
 - Remise du R.I.
 - S.P. Végé

N° agrément DDCSPP : 0520034CL000523/0520034CL000823

DOSSIER VALABLE DU 01/01/2024 au 31/12/2024

**DOSSIER D'INSCRIPTION
CENTRE DE LOISIRS DE ANDELOT-BLANCHEVILLE / DARMANNES – ANNEE 2024**

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE de NAISSANCE : _____

FILLE

GARCON

Photo

PARENTS / RESPONSABLE(S)

PARENT / RESPONSABLE 1

PARENT / RESPONSABLE 2

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Adresse :

Adresse :

Code postal :

Code postal :

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 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 :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

3. REGIME ALIMENTAIRE

Aucun Sans porc Végétarien

4. RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires....

5. 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 :

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crème solaire | <input type="checkbox"/> Crème apaisante piqure d'insectes |
| <input type="checkbox"/> Gel à l'arnica (contusions) | <input type="checkbox"/> Répulsif moustiques |
| <input type="checkbox"/> Biafine (brûlure) | <input type="checkbox"/> Répulsif poux |

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 :

- Règlement :
 - Chèque, espèces, ANCV, paiement en ligne acceptés,
 - Paiement en ligne sur <https://www.payassociation.fr/francas52/factures/ACM52>
 - Possibilité de facilité de paiement
- Eviter les objets de valeur pendant le séjour.
- Apporter une tenue de rechange pour les enfants d'âge maternel.
- Apporter une serviette de toilette ou petite couverture 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