

INSCRIPTIONS AUX ACCUEILS DE LOISIRS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

TOUS LES CHAMPS SONT À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT

Merci de prendre connaissance du règlement ci-après

Année scolaire :

Nom du ou des enfants :

Nom et prénom du père :

Adresse :

Portable: N° professionnel :

Courriel :

Profession :

Nom et prénom de la mère :

Adresse :

Portable: N° professionnel :

Courriel :

Profession :

INSCRIPTIONS

L'inscription se fait mensuellement à l'aide de la fiche de réservation disponible en ligne sur le site de la ville www.arnouville95.fr ou à l'Espace de vie sociale « Trait d'Union ».

• **Premier enfant** :

Classe :

Spécificité alimentaire :

Allergie alimentaire :

Il n'y aura pas de repas sans viande, conformément à l'arrêté ministériel en date du 30 septembre 2011.

• **Deuxième enfant** :

Classe :

Spécificité alimentaire :

Allergie alimentaire :

Il n'y aura pas de repas sans viande, conformément à l'arrêté ministériel en date du 30 septembre 2011.

• **Troisième enfant** :

Classe :

Spécificité alimentaire :

Allergie alimentaire :

Il n'y aura pas de repas sans viande, conformément à l'arrêté ministériel en date du 30 septembre 2011.

Je souigné(e)..... certifie avoir reçu et pris connaissance des règlements des accueils de loisirs et m'engage à respecter l'ensemble des modalités fixées par la Ville.

Date :

Signature(s) :

Date de réception au service accueils de loisirs :

AUTORISATIONS PARENTALES

J'atteste que les personnes dont les coordonnées suivent, peuvent venir chercher mon ou mes enfant(s) le soir aux accueils de loisirs :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable :

TRANSPORT :

J'autorise mon enfant à être transporté en car dans le cadre des accueils de loisirs pour tout déplacement. Les animateurs auront en charge l'encadrement des enfants dans le respect de la réglementation « Jeunesse et sport ».

SORTIE D'HÔPITAL :

J'autorise le Directeur ou l'animateur référent à procéder à la sortie d'hospitalisation de mon enfant si son état de santé est jugé satisfaisant par le médecin de service.

DROIT À L'IMAGE :

Dans le cadre des activités, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants pour les supports papiers et numériques de la ville. Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille. Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans but lucratif et uniquement utilisé pour la ville d'Arnouville.

J'autorise mon enfant à être filmé ou pris en photographie collectivement par un représentant de la commune.

Je n'autorise pas mon enfant à être filmé ou pris en photographie.

Date :

Signature(s) :



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
 MÉDICAMENTEUSES 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 :