

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné certifie avoir pris connaissance du règlement avec mes parents.

Signature des parents

Signature de l'enfant (pour les + de 7 ans)
Après lecture avec les parents.

PERSONNES AUTORISÉES REPRENDRE LE OU LES ENFANT(S)

Je, soussigné, M....., responsable légal de (des) enfant(s), autorise les personnes nommées ci-dessous à venir chercher mon/mes enfant(s) :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		

DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné,, responsable légal de(s) enfant(s)

- autorise n'autorise pas

Mon (mes) enfant(s) à être pris en photo/vidéo dans le cadre des activités de l'Accueil de Loisirs.

Fait à
Le

Signature

Madame, Monsieur,

Afin de compléter le dossier d'inscription de votre/vos enfant(s), nous vous demandons de bien vouloir remplir l'autorisation de sorties ci-dessous et de nous la retourner en Mairie le plus rapidement possible.

Avec nos remerciements.

AUTORISATION DE SORTIES

Je soussigné(e)

responsable(s) de(s) enfant(s)

Autorise la direction de l'accueil de loisirs à effectuer des sorties avec mon/mes enfant(s) : qu'il s'agisse de ballades ou d'activités (cinéma, piscine, gymnase, médiathèque...), avec la possibilité de trajet à pieds ou en bus.

Fait à

Le

Signature du représentant légal

Madame, Monsieur,

Afin de faciliter la communication entre l'Accueil de Loisirs et les parents (plannings d'activités, sorties, etc...), pourriez-vous nous inscrire, ci-dessous, votre adresse de messagerie électronique.

Vous en remerciant par avance.

.....@.....

Conseil Départemental

MINISTRE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

ENFANT

NOM :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARCON : FILLE :

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

MERCREDIS

PETITES VACANCES

GRANDES VACANCES

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU INFORMATIONS RELATIVES A LEURS CONTRE-INDICATIONS

Copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations, ou attestation d'un médecin.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

ALLERGIES :

Alimentaires :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Lesquels :		

DIABETE : oui non

ASTHME : oui non

PRECISEZ LA CONDUITE A TENIR EN CAS DE PROBLEMES (se référer au Projet d'Accueil Individualisé si existant) :

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **DIFFICULTES DE SANTE**, antérieures et actuelles, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....
.....

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc... Précisez.

.....
.....
.....
.....
.....

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM PRENOM.....

ADRESSE (pendant le séjour)

.....
.....
.....

Téléphone domicile : Portable :

Bureau :

Nom et Tél. du médecin traitant (facultatif)

.....
.....
.....
.....

En cas d'urgence :

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.

Date : Signature