

# Dossier Administratif

## Accueil de Loisirs du Syndicat Scolaire de Lavoncourt - 3/11 ANS

### ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

**Attention : ce dossier doit être complet pour que les inscriptions soient prises en compte**

**NOM – PRÉNOM DE L'ENFANT :** \_\_\_\_\_

Fille – Garçon (J'entoure)

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### LES RESPONSABLES LEGAUX

**LE PÈRE :** nom – prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

 Fixe : \_\_\_\_\_ / Port : \_\_\_\_\_

 Travail : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

❖ Caisse et n° allocataire (**mention obligatoire**) : \_\_\_\_\_

**LA MÈRE :** nom – prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

 Fixe : \_\_\_\_\_ / Port : \_\_\_\_\_

 Travail : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

❖ Caisse et n° allocataire (**mention obligatoire**) : \_\_\_\_\_

**AUTRE RESPONSABLE LÉGAL :** nom – prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

 Fixe : \_\_\_\_\_ / port : \_\_\_\_\_

 Travail : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

❖ Caisse et n° allocataire (**mention obligatoire**) : \_\_\_\_\_

### LES PERSONNES A PRÉVENIR :

#### EN CAS D'URGENCE ET / OU AUTORISÉES A DÉPOSER ET A VENIR CHERCHER MON ENFANT

N°	Nom et Prénom	Téléphone	A prévenir en cas d'urgence	Autorisé à déposer et venir chercher mon enfant
1				
2				
3				



## FICHE SANITAIRE

Nom – Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant / adresse / téléphone : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

L'enfant doit être à jour dans ses vaccins avant l'entrée au centre de loisirs (joindre une copie du carnet de santé avec le détail des vaccinations à jour)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDÉS	Date
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour ? OUI OU NON

Si oui, joindre une ordonnance récente (originale) et les médicaments correspondants (dans leur boîte d'origine, marquée au nom de l'enfant, avec la notice),

### AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (J'entoure)

<u>Rubéole</u> oui non	<u>Varicelle</u> oui non	<u>Angine</u> oui non	<u>Rhumatisme articulaire</u> oui non	<u>Scarlatine</u> oui non
<u>Coqueluche</u> oui non	<u>Otite</u> oui non	<u>Rougeole</u> oui non	<u>Oreillons</u> oui non	<u>Autres :</u> oui non

Allergies : ASTHME : oui non MÉDICAMENTEUSES : oui non préciser : \_\_\_\_\_  
ALIMENTAIRES : oui non AUTRES : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

L'enfant porte-t-il  des lunettes,  des lentilles  des prothèses auditives  des prothèses dentaires

Observations particulières :

### AUTORISATION D'HOSPITALISATION EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident ou de maladie grave, je soussigné(e), \_\_\_\_\_, représentant légal de l'enfant, autorise les responsables de l'accueil de loisirs :

- à faire transporter mon enfant par le SAMU ou les sapeurs-pompiers dans un centre hospitalier,
- à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal, précédée de la mention « Bon pour pouvoir »

## PIÈCES A FOURNIR

- Le présent dossier
- Une attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité et précisant que l'enfant est assuré pour les périodes extrascolaires
- Les ordonnances ou protocoles en cas de maladie ou d'allergie
- Photocopie du carnet de santé avec les vaccins à jour
- Justificatif du quotient familial pour les affiliés MSA ou autres régimes spéciaux ou pour les allocataires CAF qui refusent l'utilisation de CAFPRO
- Justificatif des aides aux temps libres

## QUELQUES RAPPELS

- \* Aucune inscription ne sera prise en compte si le dossier administratif est incomplet ou si vous n'êtes pas à jour dans le règlement des factures
- \* En cas de difficultés de paiement, prenez contact avec la secrétaire du syndicat scolaire rapidement afin qu'une solution soit trouvée
- \* Toute l'équipe est soumise à la discrétion professionnelle, les informations recueillies dans ce dossier restent confidentielles

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, représentant légal de l'enfant, \_\_\_\_\_, certifie l'exactitude de toutes les informations contenues dans ce dossier et m'engage à informer les responsables de l'association en cas de changement,

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

## Mise à jour du dossier

Date de mise à jour	Signature du responsable légal

