

Dossier Administratif

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

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

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				

ACCEPTATION DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs et m'engage à le respecter et à le faire respecter à mon enfant,

Signature du responsable légal

AUTORISATION D'UTILISATION DU SERVICE CDAP(Ancien CAFPRO) (Pour les allocataires CAF)

En tant que professionnels de l'enfance, nous avons accès à l'application CDAP, anciennement CAFPRO qui nous permet de consulter votre quotient familial afin d'appliquer le juste tarif. Si vous refusez que nous consultations ces informations, il vous revient de nous fournir une attestation de quotient familial sans quoi le tarif le plus élevé sera appliqué.

Je soussigné(e), _____, autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'accueil de loisirs à accéder à mes données via le service CAFPRO,

Signature de l'allocataire

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIES ET DE FILMS

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) les animateurs et les responsables de l'accueil de loisirs à photographier et à filmer mon enfant en vue de parutions lors d'expositions, de projet (type journal ou film souvenir) ou sur les plaquettes des vacances.

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) à publier des photos de mon enfant sur le compte Facebook « Espace Loisirs de Lavoncourt »

Signature du responsable légal

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, l'autorise / ne l'autorise pas (rayer la mention inutile) à participer à toutes les sorties organisées par l'accueil de loisirs (à pied, en bus ou en minibus).

Pour les sorties piscine : mon enfant sait nager au moins 25 m

OUI OU NON

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs le midi ou le soir

OUI OU NON

Signature du responsable légal

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	
Ou DT Polio				BCG	
Ou 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 périscolaires (école) et extrascolaires (vacances scolaires).
- 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 AFAS(Ancien CAFPRO)
- Justificatif des aides aux temps libres(ATL) à la CAF de Vesoul.

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

