

PHOTO RECENTE

**Identité de l'enfant**

Nom : .....Prénom : .....  
 Adresse complète : .....  
 .....  
 .....  
 Fille  / Garçon  - Né(e) le .....  
 Ecole : .....Classe : .....  
 N° de Sécurité Sociale .....  
 Nom de la mutuelle : .....  
 N° de mutuelle : .....  
 Régime général et fonctionnaire       Régime Agricole  
 N° d'allocataire  CAF ou  MSA : .....

**Identité responsable légal**

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
<b>Nom &amp; Prénom</b>		
Tel. domicile		
Tel. portable		
Tel. professionnel		
E-mail *pour envoi des factures		

 Garde alternée

**Personne à prévenir en cas d'urgence – si différent des parents**

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

**Tiers autorisé à prendre en charge l'enfant**

Nom & Prénom	Adresse	Téléphone	Lien avec l'enfant

\*Présentation pièce d'identité, obligatoire, le parent doit en informer les tiers autorisés.

**Droit à l'image :**

Autorise la publication au sein de l'accueil : ateliers, activités photos/vidéos       Oui     Non  
 Autorise la publication extérieure : site internet, presse, Facebook       Oui     Non

**Autorisation baignade :**

Autorise mon enfant à se baigner en piscine, à la mer (sorties exceptionnelles)       Oui     Non  
 Mon enfant sait nager       Oui     Non

**Autorisation de sortie**

Autorise mon enfant de plus de 10 ans à quitter seul l'accueil de loisirs :  
 Oui, à partir de .....h.....     Non

**Pièces nécessaires pour constituer un dossier complet**

- 1 Photo
- Fiche sanitaire de liaison complète
- Copie du Carnet des vaccinations
- Attestation CAF ou MSA avec Quotient Familial à jour
- Attestation d'assurance
- Justificatif de domicile
- RIB si vous souhaitez que vos factures vous soient prélevées
- En cochant cette case, je donne mon accord pour que la direction de [...] accède à certaines informations contenues dans mon compte allocataire CAF grâce au compte partenaire CDAP. En cas de refus, merci de fournir une notification de quotient familial.

**Documents complémentaires demandés par le directeur lors de l'inscription**

- PAI à jour et médication éventuelle de l'enfant
- Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)

**Tout dossier d'inscription incomplet ne sera pas traité.**

Fait à :	Le :	Signature responsable légal :
<p>Dans le cadre de l'application du Règlement Général de Protection des Données, dit «RGPD», est porté à votre connaissance que la collecte de vos données personnelles est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. Le service s'interdit d'utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. Vous avez le droit d'accès et le droit de rectification des données transmises en contactant la direction de l'accueil de loisirs.</p>		

**CADRE RESERVÉ**

Date de remise de la fiche sanitaire :



# ACCUEIL DE LOISIRS YAKAJOUER HÉRIC DOSSIER D'INSCRIPTION 2021-2022

## Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
Médecin traitant .....

## VACCINATIONS (Joindre la copie du carnet de santé ou certificats de vaccination de l'enfant).

VACCINS	Préciser la date	VACCINS	Préciser la date
DTP : Anti-diphtérique Anti-tétanique Anti-poliomyélique		Contre les infections invasives à pneumocoque* Contre le méningocoque de sérogroupe C* ROR : rougeole, oreillons, rubéole*	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus influenzae de type b*		Anti-amarile (Guyane seulement)	

\* Pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COQUELUCHE	OTTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

L'enfant reçoit-il un traitement médical **REGULIER** pendant la durée de son accueil ?  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).

## OBSERVATIONS MÉDICALES UTILES PENDANT LA DURÉE DE L'ACCUEIL/SEJOUR DE L'ENFANT

**Allergie alimentaire**  Oui  Non **Mise en place d'un PAI**  Oui\*  Non  
La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date : .....

**Allergie médicamenteuse**  Oui  Non **Mise en place d'un PAI**  Oui\*  Non  
La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date : .....

**Allergie à un animal**  Oui  Non **Mise en place d'un PAI**  Oui\*  Non  
La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date : .....

**Asthme**  Oui  Non **Mise en place d'un PAI**  Oui\*  Non  
La dernière réaction connue ayant eu lieu il y a plus d'un an, date : .....

**Autre PAI**  Oui  Non **Motif :** .....

\*Joindre le PAI (Protocole Accueil Individualisé) à jour, joint de la médication éventuelle de l'enfant, visé du médecin traitant.

## RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX

L'enfant a-t-il un dossier MDPH :  Oui  En cours  Non  
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap ?  Oui\*  Non

\* Joindre Attestation de paiement AEEH (Si enfant reconnu en situation de handicap)

L'enfant dispose des effets personnels suivants :

LUNETTES	LENTILLES	PROTHESES AUDITIVES	APPAREIL DENTAIRE	SEMELLE ORTHOPEDIQUE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

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

Indiquer si l'enfant est dans la situation suivante :

Enurésie	Encoprésie	Menstruation
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si oui, indiquer les recommandations à prendre lors des activités, sorties, séjours possibles :

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

Autres informations utiles :

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

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant :

- déclare exacts les renseignements portés sur la fiche d'inscription et autorise le responsable ou ses délégués à prendre, en cas d'accident, toutes décisions d'hospitalisation et intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé, pour notre enfant.  
- assure avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil de loisirs ci-joint et s'engage à le respecter.

Fait à : ..... Le : ..... Signature responsable légal :

Dans le cadre de l'application du Règlement Général de Protection des Données, dit «RGPD», est porté à votre connaissance que la collecte de vos données personnelles est strictement nécessaire à la gestion du service auquel vous souscrivez. Le service s'interdit d'utiliser les données personnelles pour toute autre finalité que celle(s) strictement nécessaire(s) à la gestion du service. Vous avez le droit d'accès et le droit de rectification des données transmises en contactant la direction de l'accueil de loisirs.