


Identité de l'enfant

Nom :Prénom :
 Adresse complète :

 Fille / Garçon - Né(e) le Classe :
 Ecole Instituteur :
 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
Nom & Prénom		
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, bulletin municipal, Facebook Oui Non

Accueil de loisirs « **LES MOUSSAILLONS** » directrice d'équipement **BRANGEON Clémentine**
 10 rue de Bellevue – 44260 LA CHAPELLE LAUNAY
 - 02 40 58 98 72 – lesmoussailons@lespep44-49.org

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 8 ans à quitter seul les locaux des **MOUSSAILLONS**
 périscolaire les mercredis pendant les vacances scolaires
- AUTORISE mon fils/fille âgé de à récupérer son frère/sœur au
 périscolaire les mercredis pendant les vacances scolaires
- AUTORISE mon enfant à se rendre seul(e) du périscolaire à son lieu d'activité (Préciser l'activité et le lieu d'arrivé)
 Tous les à partir deh.....

Pièces nécessaires pour constituer un dossier complet

- 1 Photo (*indiquer nom/prénom au dos, ne pas coller*)
- 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

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*)
- En cochant cette case, je donne mon accord pour que la direction de l'accueil des Moussailons accède à certaines informations contenues dans mon compte allocataire CAF grâce au compte partenaire CDAP.

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 LES MOUSSAILLONS La chapelle Launay 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-poliomyélitique		Contre les infections invasives à pneumocoque* Contre le méningocoque de séro groupe C*	
Coqueluche*		ROR : rougeole, oreillons, rubéole*	
Haemophilus influenzae de type b*		Hépatite B* Anti-amarile (Guyane seulement)	

* Pour les enfants nés à partir du 1^{er} 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 / autre : 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 : cause : 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 :

*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 est-il reconnu en situation de handicap ? Oui* Non
 L'enfant a-t-il un dossier MDPH ? Oui* en cours 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 sur l'enfant (intolérance, angoisses...) :

.....

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 :
<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>		