

# DOSSIER D' INSCRIPTION



ANNEE 2021-2022

## FICHE D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL COLLECTIF DES MINEURS DE LIMONEST

### ENFANT

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Sexe : ..... Date de naissance : ..... Age : .....  
 Nom de l'école : ..... Classe : .....

#### Responsable légal 1

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Lien de parenté : .....  
 Adresse : .....  
 Profession : .....  
 Tel dom. : .....  
 Tel prof. : .....  
 Portable : .....  
 e-mail : .....

#### Responsable légal 2

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Lien de parenté : .....  
 Adresse : .....  
 Profession : .....  
 Tel dom. : .....  
 Tel prof. : .....  
 Portable : .....  
 e-mail : .....

### SITUATION FAMILIALE

- |   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mariés ou pacsés | <input type="checkbox"/> Concubins | <input type="checkbox"/> Divorcés ou séparés |
| <input type="checkbox"/> Célibataire      | <input type="checkbox"/> Veuf      |  |

### REGLEMENT FACTURE

A qui adresser la facture (Nom et adresse) : .....  
 .....  
 Prélèvement automatique

Si vous optez pour le prélèvement automatique, merci de joindre un RIB

### ASSURANCE

Société : ..... N° de contrat : .....  
 Civile ou individuelle : .....

N° allocataire de la famille CAF ou MSA : .....

### CDAP

La direction est autorisée à consulter notre dossier allocataire CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières.

OUI       NON

### AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné ....., représentant légal de mon enfant

.....

Autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant auprès du responsable de l'accueil de loisirs:

- .....	n° de tel.....
- .....	n° de tel.....
- .....	n° de tel.....
- .....	n° de tel.....

**Ces personnes devront présenter leur carte d'identité aux responsables de la structure.**

Autorise mon enfant à partir seul de l'Accueil Collectif des Mineurs en signalant son départ auprès des responsables de la structure

Autorise le personnel à prendre les mesures d'urgence nécessaire en cas d'incident impliquant mon enfant (Hospitalisation, SAMU, pompiers)

Autorise le personnel à administrer des médicaments à mon enfant dans le cadre d'une prescription médical

Autorise l'équipe d'animation à prendre mon enfant en photo dans le cadre d'une utilisation:

- Interne de l'ACM
- Externe à l'ACM (gazette, Newsletter, Page Facebook de Limonest, presse)

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES CONCERNANT L'ACCUEIL DE VOTRE ENFANT A L'ACM

## 1. VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI VOTRE ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

## 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : ..... Taille : ..... (Informations nécessaires en cas d'urgence)

### VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE				VARICELLE				ANGINE				RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ				SCARLATINE			
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON	
COQUELUCHE				OTITE				ROUGEOLE				OREILLONS							
OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON		OUI		NON					

### VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES?

ALIMENTAIRES  oui  non

MEDICAMENTEUSES  oui  non

AUTRES (animaux, pollen, plantes)  oui  non Si oui précisez .....

### VOTRE ENFANT A-T-IL UN TRAITEMENT PARTICULIER?

oui  non Si oui précisez .....

Un **projet d'accueil individualisé (PAI)** est mis en place en cas de maladie chronique (asthme...), d'allergie ou d'intolérance alimentaire de votre enfant. Il est élaboré à votre demande et/ou du chef d'établissement en concertation avec le médecin scolaire.

Le document est signé par le directeur de l'école, le médecin scolaire, les parents, le responsable du restaurant scolaire (en cas d'allergie ou intolérance alimentaire) et par le responsable de l'ACM (pathologie...).

Les besoins thérapeutiques de votre enfant sont précisés dans l'ordonnance signée par le médecin qui le suit pour sa pathologie.

Sa durée de validité peut varier en fonction de la pathologie. Il peut être reconduit d'une année sur l'autre.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un régime alimentaire particulier ?

oui  non Si oui précisez .....

### VOTRE ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EVENTUELLES?

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

### 3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**NOM, adresse et numéro de téléphone du Médecin Traitant**

.....  
.....

Je soussigné(e),

.....

Parent ou tuteur légal de l'enfant: .....

<p><input type="checkbox"/> Déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts</p> <p><input type="checkbox"/> Certifie sur l'honneur que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile</p> <p><input type="checkbox"/> Déclare que mon enfant est apte à participer aux activités sportives</p> <p><input type="checkbox"/> M'engage à signaler toute modification notamment sur l'état de santé de mon enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Atteste avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement et règlement intérieur de l'ACM de Limonest.</p> <p>Son acceptation conditionne l'admission de mon ou mes enfant(s). « La non acceptation pour toute ou partie du règlement intérieur, implique le refus d'accueil de l'enfant »</p>
---

Date:    /    /

Signature et mention « lu et approuvé »

PIECES JUSTIFICATIVES (à joindre impérativement au dossier)	
<input type="checkbox"/>	Photocopie du livret de famille
<input type="checkbox"/>	Attestation d'assurance responsabilité civile <b>extrascolaire</b> , au nom de l'enfant
<input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile (facture eau ou edf...)
<input type="checkbox"/>	Photocopie des pages des vaccins du carnet de santé
<input type="checkbox"/>	RIB si prélèvement automatique