

SECTEUR JEUNES 11/17 ans - Accueil de Loisirs - A.L.S.H

DOSSIER D'INSCRIPTION 2023/2024 - Ouvert le

NOM : Prénom :

Pièces à fournir :

- Règlement de 10 € de l'adhésion annuelle à La Séquanaise (valable du 01/09/2023 au 31/08/2024)
- Fiche d'inscription remplie, datée et signée
- Fiche d'autorisations remplie, datée et signée
- Fiche sanitaire remplie, datée et signée
- Photocopie du carnet vaccination certifiant que le **Vaccin DT Polio est à jour** avec tampon du médecin
- N° allocataire CAF **ou** copie des avis d'imposition 2022 et 2023
(Sans ces informations pour l'ALSH, nous facturerons au plafond soit 17.92 € à la journée ce qui correspond à 67200 € de déclaration annuelle)

L'inscription au Secteur Jeunes de La Séquanaise ne sera validée que lorsque le dossier sera complet avec toutes les pièces demandées ci-dessus. Sans ce dossier complet vous ne pourrez inscrire votre enfant aux activités du Secteur Jeunes

Les informations portées sur ces formulaires sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant. Les destinataires des données sont : La Séquanaise. (Loi du 25 mai 2018)

(Partie réservée à La Séquanaise)

- Dossier complet à saisir Noé**
- Saisi Noé**

Secteur Jeunes de La Séquanaise - Accueil de Loisirs

Fiche D'inscription 2023/2024

L'Enfant

NOM : Prénom :
 Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin
 Nationalité : Ets Scolaire : Classe :
 Téléphone portable :
 Responsabilité civile : oui non Nom de la compagnie :
 Adresse Instagram : Adresse Snapchat :

Les responsables légaux

1. Mère Père Tuteur

NOM : Prénom :
 Adresse Ville
 Code postal : Téléphone portable :
 Téléphone fixe : Téléphone travail :
 Employeur :

2. Mère Père Tuteur

NOM : Prénom :
 Adresse Ville
 Code postal : Téléphone portable :
 Téléphone fixe : Téléphone travail :
 Employeur :

Situation Familiale entre les responsables légaux

Marié (e) Pacsé (e) Vie Maritale Divorcé Séparé € Veuf (ve)

Autre personne ayant un lien avec l'enfant

Beau-père Belle-mère Tuteur Educateur Famille d'accueil Autre (précisez) :

Madame Monsieur

NOM : Prénom :
 Adresse Ville
 Code postal : Téléphone portable :
 Téléphone fixe : Téléphone travail :
 Profession :

Adresse Mail

@

Renseignement allocataire

Allocataire : Monsieur Madame Régime : CAF MSA Autres N° Allocataire

Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant

NOM	PRENOM	TELEPHONE	Lien de Parenté

Je (Nous) soussigné (ons)responsable (s) légal (aux) de l'adhérent certifie (ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurants sur cette fiche.

Le **Signature**

Secteur Jeunes de La Séquanaise

Fiche d'autorisation 2023/2024

Je (Nous) soussigné (ons)responsable (s) légal (aux) de
l'enfant :

- Autorise** Mon enfant à participer à toutes les activités du Secteur Jeunes
 N'autorise pas

- Autorise** Mon enfant à rentrer seul après les activités du Secteur jeunes
 N'autorise pas

- J'ai bien pris note que mon enfant est sous la responsabilité de la structure
uniquement sur les heures de présence et sur les heures d'ouverture du Secteur Jeunes

- Autorise** Le personnel à transporter ou faire transporter mon enfant dans des
véhicules des transports collectifs.
 N'autorise pas

- Autorise** Le personnel à administrer à mon enfant des éventuels traitements prescrits
par notre médecin, sur présentation de l'ordonnance.
 N'autorise pas

- Autorise** Le responsable du Secteur Jeunes à accéder aux informations de CAFPRO
 N'autorise pas

- Autorise** La structure à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site
Internet...) des photos et des vidéos de mon enfant prises au cours d'activités.
 N'autorise pas

- J'autorise Le Secteur Jeunes à m'envoyer des informations mails à :
@
 J'autorise Le Secteur Jeunes à m'envoyer des informations par SMS au :

- J'atteste sur l'honneur que mon enfant **sait nager en eau profonde.**
 J'atteste sur l'honneur que mon enfant **ne sait pas nager en eau profonde.**

Fait àle

SIGNATURE :



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT
	NOM :
	PRÉNOM:
	DATE DE NAISSANCE :
	GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, joindre une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**) **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES: ASTHME oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)
EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR

TÉL. PORTABLE..... DOMICILE : TRAVAIL:

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature: