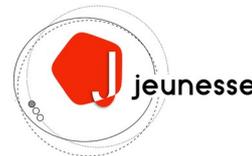


ESCDD - Accueils de Loisirs Enfants & Jeunes

(Die, La Motte-Chalancon/Rémuzat, Luc-en-Diois)



Dossier inscription 2023/2024



→ Dossier valable du 1er septembre 2023 au 31 août 2024 ←

Merci de remplir RECTO et VERSO TOUS LES CHAMPS de FAÇON LISIBLE et en MAJUSCULES

Die - Enfants 3-10 ans La Motte - Enfants 3-12 ans Luc - Enfants 4-12 ans Die - Jeunes 11-14 ans

Si séjour (nom) : du au

	Enfant / Jeune	Responsable 1 lien : <input type="text"/>	Responsable 2 lien : <input type="text"/>
NOM et Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse postale (N° + Voie + Code postal + Commune)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone portable (à défaut, tél. fixe)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Régime et caisse allocataire :

CAF26 (n° alloc.) Autre CAF MSA (n° SS:) Autre régime

Pièces **obligatoires** à fournir :

Justificatif ressources (attestation QF / avis d'impôts)

Justificatif vaccinations (copie carnet santé)

Dossier d'inscription (daté et signé recto-verso)

Pièces à fournir si concerné :

Attestation CMU / prise en charge SS 100 %

Notification aide (VACAF / MSA / JPA)

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Personnes à contacter si les parents ne sont pas joignables :				Peut récupérer l'enfant ?
NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Autorisations / Informations

Sorties organisées & Transport minibus	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Mon enfant peut partir seul du centre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Homéopathie (arnica crème ou granulés)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Mon enfant sait nager	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Droit à l'image (interne : lettre info, locaux)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Droit à l'image (externe : site internet, flyer)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

En signant cette fiche d'inscription, je reconnais avoir reçu le règlement intérieur en annexe et l'accepte sans réserve.

Date :

Signature :

« Lu et approuvé »

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM ENFANT : DATE NAISSANCE :
PRÉNOM ENFANT : GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des renseignements médicaux utiles concernant votre enfant.
Il est important de bien la remplir pour tous les accueils de loisirs, séjours et stages.

1 - VACCINATIONS (joindre obligatoirement certificat de vaccination ou de contre-indication du médecin)

3 vaccins obligatoires (enfant né avant 2018) 11 vaccins obligatoires (enfant né à partir de 2018) Contre-indication médicale

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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*). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant a-t-il des **allergies** ? oui non

Si oui : ASTHME MÉDICAMENTEUSE ALIMENTAIRE AUTRE :

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

L'enfant a-t-il des **difficultés de santé** ? oui non

(MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

Si oui, précisez les dates et les précautions à prendre :

L'enfant est-il porteur d'un **handicap** ? oui non

Si oui, indiquez lequel et précisez les éventuelles précautions à prendre

Êtes-vous bénéficiaire de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (**AEEH**) ? oui non

3 - AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES ?

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT : NOM : TÉL. :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), N° de sécurité sociale :

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :