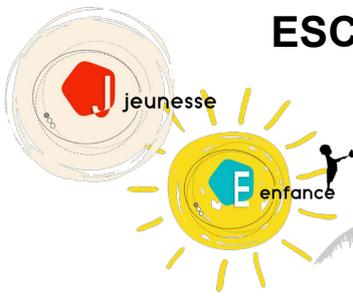


ESCDD - Accueils de Loisirs Enfance & Jeunesse

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



Dossier inscription 2024/2025

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

Dossier valable du 1er septembre 2024 au 31 août 2025



- Die (3-10 ans) → → Mercredis Vacances : automne fin d'année printemps été
 Luc-en-Diois (4-12 ans) → → → → Vacances : automne printemps été
 La Motte / Rémuzat (3-12 ans) → → → Vacances : été

Séjour (nom) : du au



- Die (11-14 ans) → → Mercredis Soirées

	Enfant / Jeune	Responsable légal 1	Responsable légal 2
		lien : <input type="text"/>	lien : <input type="text"/>
NOM et Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse postale <i>N° + Voie + CP + Commune</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. portable <i>à défaut, tél. fixe</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Régime et caisse allocataire :

- CAF de la Drôme (n° alloc.) Autre CAF (n° département:)
 MSA (n° SS:) Autre régime

Personnes à contacter si les parents ne sont pas joignables :				Peut récupérer l'enfant ?
<i>NOM</i>	<i>Prénom</i>	<i>Téléphone</i>	<i>Lien avec l'enfant</i>	
<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	Droit à l'image (interne : lettre info, locaux)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Mon enfant sait nager	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Droit à l'image (externe : site internet, flyer)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

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

Date : « Lu et approuvé » **Signature :**

NOM ENFANT : DATE NAISSANCE :
PRÉNOM ENFANT : GARÇON FILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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.

VACCINATIONS

Joindre la ou les pages du **carnet de santé** avec les vaccins obligatoires uniquement (3 vaccins pour les enfants nés avant 2018 / 11 vaccins pour les enfants nés à partir de 2018). A défaut, fournir un certificat médical de contre-indication.
Attention, pour être valide, chaque page doit faire apparaître les **NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE** de l'enfant.

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 donné sans ordonnance.**

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

Si oui : ASTHME MÉDICAMENTEUSE ALIMENTAIRE AUTRE :

ALLERGIES : CAUSES ET 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 fait-il l'objet d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.)** ?

oui (fournir le dossier daté et signé) non

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 (fournir le justificatif) non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

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 :