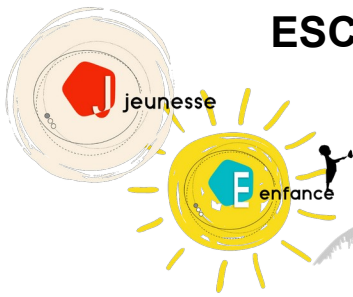


ESCDD - Accueils de Loisirs Enfance & Jeunesse

(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** ☐ **Vacances** : ☐ automne ☐ fin d'année ☐ printemps ☐ été

	Enfant / Jeune	Responsable légal 1 lien :	Responsable légal 2 lien :
NOM et Prénom			
Date naissance			
Adresse postale N° + Voie + CP + Commune			
Tél. portable à défaut, tél. fixe			
Adresse mail			

Régime et caisse allocataire :

- ☐ **CAF Drôme** > n° alloc. : ☐ **MSA Drôme** > n° SS : ☐ **Autre**

Personnes à contacter si les parents ne sont pas joignables :				Peut récupérer l'enfant ?
NOM	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	
				☐ OUI ☐ NON
				☐ OUI ☐ NON

Autorisations / Informations

Sorties organisées & Transport minibus	☐ OUI ☐ NON	Mon enfant peut partir seul du centre	☐ OUI ☐ NON
Homéopathie (arnica crème ou granulés)	☐ OUI ☐ NON	Droit à l'image (interne : lettre info, locaux)	☐ OUI ☐ NON
Mon enfant sait nager	☐ OUI ☐ NON	Droit à l'image (externe : site internet, flyer)	☐ OUI ☐ NON
Régime alimentaire particulier	☐ Sans viande ☐ Sans poisson ☐ Sans porc ☐ Sans produit laitier		

❗ 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 **cahier 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

Mentionnez toute information utile concernant votre enfant (ex. : port de lentilles/lunettes, prothèses auditives/dentaires, etc.)

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 :