

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le : Transmis par : ASSURANCE PAI A FAIRE
 Enregistré dan Agora le : Scanné le : VACCINS BREVET NATATION

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION AL ADOS

(Dossier valable toute la scolarité de l'enfant, une fiche de mise à jour devra être remplie chaque année)

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT : PRÉNOM :
 Date de naissance : __ / __ / __ SEXE : M F TEL ADOLESCENT :

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1	Père	Mère	Autre :	RESPONSABLE 2	Père	Mère	Autre :
Nom :	Prénom :			Nom :	Prénom :		
Email :				Email :			
Téléphone domicile :				Téléphone domicile :			
Téléphone portable :				Téléphone portable :			
Téléphone travail :				Téléphone travail :			
N° CAF : ou MSA :				N° CAF : ou MSA :			
Adresse :				Adresse :			
Code postal :				Code postal :			
Ville :				Ville :			

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à quitter l'AL Ados quel que soit l'heure (hors activités spécifiques) et dégage toute responsabilité l'équipe d'animation en cas d'incident survenu en dehors de l'AL ADOS : OUI NON

J'atteste, ainsi que mon enfant, avoir pris connaissance de la fiche pratique jointe à la fiche sanitaire OUI NON

Publication de photos ou de vidéo sur un support de communication interne et externe au CIAS OUI NON

Tiers à prévenir en cas d'urgence et/ou pouvant récupérer votre enfant (une pièce d'identité peut être demandée) :

Nom / Prénom	Tél :	A prévenir	Récupère l'enfant
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Au besoin rajouter sur papier libre)

Je suis informé(e) que tant que le dossier n'est pas complet, aucune inscription ne pourra être effectuée.

Certifié exact,
 A le
Nom et signature du responsable légal

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT : PRÉNOM :

Date de naissance : __ / __ / __ SEXE : M F N° TELEPHONE DE L'ENFANT:

VACCINATIONS (fournir photocopie)

DTPolio : date du dernier rappel :

Fournir les photocopies des vaccins, et notamment les éléments concernant les vaccins obligatoires que sont la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite.

Sans ces éléments l'inscription de votre enfant ne peut être validée

RENSEIGNEMENT MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cocher)

Rubéole	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme	<input type="checkbox"/>

Votre enfant présente-t-il une allergie ou une situation particulière (Asthme, Diabète...) ? (Cocher)

Alimentaire	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-------	--------------------------

Préciser laquelle :

Si votre enfant a une allergie ou une situation particulière, un **Projet d'Accueil Individualisé** doit être obligatoirement établi. Sans ce document l'inscription de l'enfant ne peut être validée.

Le PAI est fait dans l'intérêt de l'enfant afin de permettre la meilleure prise en charge.

Autre situations : Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires... :

Précisez

Les parents s'engagent à informer le directeur de AL ADOS de tout problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté).

Nom du médecin traitant :

Téléphone du Médecin traitant :

Dans le cadre d'activités spécifiques, le responsable de l'Accueil de Loisirs vous demandera de fournir un certificat médical de non contre-indications pour que votre enfant puisse pratiquer l'activité en question. Sans ce document votre enfant ne pourra participer à l'activité.

En cas d'hospitalisation temporaire (service d'urgences) pour des soins ne nécessitant pas une hospitalisation et par accord de l'équipe soignante, il sera appliqué la procédure de sortie de droit. (Article 55 du décret du 14 janvier 1974). En conséquence le directeur de l'Accueil de Loisirs sera autorisé à reprendre votre enfant.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'ai pris connaissance que la notion d'urgence médicale est déterminée par les professionnels de **santé et que l'autorité parentale ne peut être déléguée ni au directeur de l'accueil ni à l'organisateur.**

Date :

Signature(s) responsable(s) legal(aux)