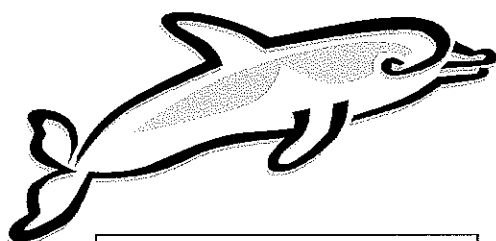


# VILLE DE LE CONQUET (29)

Pour validation  
de l'inscription votre enfant  
aux

## ACCUEILS DE LOISIRS



« Les Dauphins »  
3 / 9 ANS

« **OXY'JEUNES** »

10 / 13 ANS

**Fournir obligatoirement les pièces suivantes:**

- 📁 FICHE DE RENSEIGNEMENTS dûment complétée
- 📁 FICHE SANITAIRE DE LIAISON ci-jointe
- 📁 PHOTOCOPIE des VACCINS (à jour !)
- 📁 ATTESTATION DE RESPONSABILITE CIVILE en vigueur.
- 📁 TEST ANTIPANIQUE (pour la pratique du kayak des + de 8 ans)
- 📁 ETAT CAF Finistère indiquant VOTRE QUOTIENT FAMILIAL ACTUEL (demander à votre caisse)

**Merci de remplir tous les champs.**



**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT**

N° de téléphone

Portable

**RENSEIGNEMENTS concernant la santé ou le comportement de l'enfant que vous jugez utile de communiquer**

**TRANSPORT :**

La conduite et la reprise des enfants à l'accueil sont assurées par les familles sous leur responsabilité.

**AUTORISATION DROIT A L'IMAGE:**

Je soussigné(e) Mr ou Mme ..... autorise le personnel de l'ALSH à prendre des photos ou filmer mon enfant pour des expositions relatives au centre, pour les journaux locaux (aucunement liée à des fins commerciales). Cette autorisation est valable 1 an.

OUI  NON

**AUTORISATION DE SORTIE DE L'ACCUEIL DE LOISIRS :**

\* Je soussigné(e) Mr ou Mme ..... autorise mon enfant à **quitter SEUL** l'Accueil de Loisirs.

OUI  NON

\* Si NON, liste des personnes autorisées à prendre mon enfant à l'issue de l'Accueil de loisirs :

**AUTORISATION DE SORTIE :**

\* Lors des sorties organisées par l'ALSH, j'autorise mon enfant à utiliser les transports prévus (minibus, car) + voiture de la directrice très exceptionnellement.

OUI  NON

\* Lors des sorties piscine, mon enfant sait nager :

OUI  NON

Je certifie l'exactitude des renseignements apportés sur ce document.

Fait à ..... le ..... Signature :

# FICHE SANITAIRES DE LIASON

Document conçu d'après le Cerfa N° 10008\*02

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le centre d'accueil de loisirs de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin de l'année scolaire accompagnée d'éventuelles observations, et aucun duplicata ne sera réalisé, ni conservé par les organisateurs.

1 - ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ GARÇON FILLE

## 2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? 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 déjà eu des allergies ? oui non

Précisez le type d'allergie :

ASTHME oui non MÉDICAMENTS oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES  
 Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

Autres renseignements : Votre enfant a-t-il des soucis de santé (ex : malaises fréquents, énurésie, convulsions, etc.) ?

Régime alimentaire particulier (sans porc, végétarien...)

Fournir les photocopies des vaccinations notées sur le carnet de santé, sans omettre de mettre le nom de votre Enfant sur toutes les Photocopies ! Si l'Enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. Joindre obligatoirement la Photocopie de votre attestation de sécurité sociale (Pas la photocopie de la carte), de votre CMU.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	Non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Orillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

	oui	Non	OTITE	oui	non
RUBÉOLE					
VARIÇELLE			ROUGEOLE		
ANGINE			SCARLATINE		
RHUMATISME			OREILLONS		
ARTICULAIRE AIGU					
COQUELUCHE					

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE CLSH

Responsable légal : Père Mère Tuteur  
 NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE (pendant le séjour) : ..... Ville : .....  
 CP : .....  
 Tél. domicile : ..... Tél. travail : .....  
 Autre personne à prévenir en cas d'absence : .....  
 Statut : (conjoint, grands-parents, ami) : .....  
 N° Tél. : .....  
 Caisse primaire d'assurance maladie : .....  
 N° Sécurité : .....  
 Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) : .....

Je soussigné, ..... 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature :

## PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DU CLSH

N° agrément jeunesse et cohésion sociale :

Nom du directeur de séjour

Observations faites en cours de séjour :