

ACCUEIL DE LOISIRS ANNEE 2020/2021



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Le mercredi et durant les vacances scolaires les enfants sont accueillis au Château de la Pierrette (Rue Thirion et Ferron).

Durant l'été les enfants d'âge maternel seront accueillis à l'école Anatole France (place Jean Jaurès)

Le Matin Accueil échelonné de 8 H 30 à 9 H 00

Le Midi Départ des enfants ne prenant pas le repas sur place : 12 H 00
Accueil échelonné de 13 H 30 à 14 H 00

Le Soir Départ échelonné entre 17 H 00 et 17 H 30

Une garderie fonctionne le matin à partir de **7 H 00** et le soir jusque **19 H 00** le mercredi et durant les vacances.

Les horaires doivent être scrupuleusement respectés.

Documents à Fournir OBLIGATOIREMENT - Le dossier ne sera pas accepté si tous les justificatifs ne sont pas joints.

- Justificatif de domicile
- Attestation de Quotient Familial
- Copie du carnet de vaccinations

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'EnfantPrénom.....

Date de Naissance et lieu de Naissance.....

Adresse : Bâtiment.....Entrée.....Appartement.....

N°.....Rue.....Complément d'adresse.....

Code Postal.....Ville.....

Ecole Fréquentée.....

Responsable 1 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> (la facture sera adressée au Responsable 1)	Responsable 2 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom	Nom et Prénom
Nom de Jeune Fille	Nom de Jeune Fille
Adresse précise	Adresse (si différente du Responsable 1)
Tél Domicile	Tél Domicile
Tél Portable	Tél Portable
Tél Employeur	Tél Employeur

Adresse mail.....

N° Allocataire.....QF.....

Autorisez-vous votre enfant à rentrer SEUL ? Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à se baigner ? Oui Non

Autorisez-vous votre enfant à être transporté
par l'Accueil de Loisirs lors des sorties Oui Non

Il est rappelé que l'Accueil de Loisirs comprend les activités et les déplacements sur la Commune et dans la Métropole Lilloise.

Personnes (autres que les responsables) à joindre d'urgence ou autorisées à reprendre l'enfant :

NOM – PRENOM	LIEN DE PARENTE	TELEPHONE	A joindre d'urgence (*)	Peut reprendre l'enfant (*)

(*) Mettre une croix dans les cases correspondantes

J'atteste avoir reçu un exemplaire du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date et Signature

FICHE SANITAIRE	1 - ENFANT
	NOM _____
DE LIAISON	PRENOM _____
	DATE DE NAISSANCE _____
	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, elle évite de vous démunir de son carnet de santé

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

Attention: Le Vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

En cas de traitement médical, les parents doivent administrer eux-mêmes les prescriptions le matin et le soir. Lorsque la posologie indique des prises dans la journée, les médicaments seront administrés uniquement sur présentation de l'ordonnance et autorisation écrite des parents.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMASTIME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

Pour les prises en charges particulières (allergie, asthme...), un Protocole d'Accueil Individualisé sera mis en place par le médecin et transmis à la structure.

Indiquez ci-après

les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation) en précisant les dates et PRECAUTIONS à prendre

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

l'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...précisez

ALIMENTATION

Si votre enfant suit un régime alimentaire particulier (ex sans porc - sans viande) précisez lequel

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom _____

Adresse (pendant le séjour) _____

Tél domicile _____

Bureau _____

Portable _____

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE ET D'IMPOSSIBILITE DE CONTACTER LES PARENTS

_____ Tél _____

_____ Tél _____

Nom du médecin traitant _____

_____ Tél _____

N° de Sécurité Sociale _____

Je soussigné (e) _____ 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 nécessaire par l'état de l'enfant.

SIGNATURE

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES : Nom - Prénom des Frères et Sœurs et Age

DROIT A L'IMAGE

J'accepte que mon enfant soit photographié et/ou filmé au Centre de Loisirs et la diffusion de son image :

- sur support papier (journal municipal, plaquette, affiche...)

OUI

NON

- sur support dématérialisé (internet)

OUI

NON

DATE ET SIGNATURE