



Dossier ALSH 3-17 ans saison 2017 / 2018

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

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

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions a prendre** :

.....

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, des prothèses dentaires ou auditives etc....

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

NOM :

Activité (s) pratiquée (s) à la MJC 21
(Hors ALSH) :

N° adhérent MJC
2017/2018 :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre :
Nom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Commune :	Commune :
Téléphone du domicile :	Téléphone du domicile :
N° de mobile :	N° de mobile :
Employeur :	Employeur :
Téléphone lieu de travail :	Téléphone lieu de travail :
Courriel :	Courriel :
Régime allocataire : <input type="checkbox"/> CAF / N° allocataire : <input type="checkbox"/> MSA / N° allocataire :	Régime allocataire : <input type="checkbox"/> CAF / N° allocataire : <input type="checkbox"/> MSA / N° allocataire :
Quotient familial :	Quotient familial :

Numéro de sécurité sociale sur lequel est rattaché l'enfant :

Votre enfant à une reconnaissance AEEH? Oui Non
Si oui merci de nous fournir l'attestation.

ALSH 3-12 ans : ACCUEIL ET DEPART DE L'ENFANT

*** Voir règlement intérieur , paragraphe « accueil délocalisé et transport »**

Soit : - je déposerai./récupérerai l'enfant au lieu d'accueil « Relais » le **matin et le soir** :
 Verrières (pôle périscolaire) Lussac (salle polyvalente MJC21) Civaux (Garderie périscolaire de l'école)
 Soit : - L'enfant prendra le taxi (réservé aux habitants des communes du Lussacois (ex-CCL) hors Verrières, Lussac et Civaux) : Le matin et le soir
 Adresse à communiquer pour la société de taxi:

J'autorise mon enfant à quitter le centre **non accompagné** à partir de 17h30 : NON OUI

ALSH 12-17 ans : ACCUEIL ET DEPART DE L'ENFANT

*** Voir règlement intérieur , paragraphe « activités »**

J'autorise mon enfant à quitter le centre **non accompagné** après les animations : NON OUI

➔ **DEPART DE L'ENFANT (cas particulier) :**

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant:

>>> En cas d'interdiction, merci de prendre contact avec l'équipe pour les modalités

Nom-Prénom	Numéros de Téléphones	Lien de parenté	Autorisé	Interdit
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➔ **PARTICIPATION AUX ACTIVITES :**

- L'enfant a-t-il suivi des leçons de natation ? NON OUI
- L'enfant sait-il nager sans bouée ? NON OUI

J'autorise l'enfant :

- à être transporté dans les véhicules assurés par la MJC 21 ou par une société de transportNON OUI
- à participer aux activités baignade.....NON OUI
- à pratiquer des activités physiques (vélo, sport collectif et individuel.....).....NON OUI

➔ **« DROIT A L'IMAGE » :**

Votre enfant peut apparaître sur de nombreux documents photographiques réalisés à la MJC 21 :

photo de groupe, différentes activités, projets, articles de presse, etc...

Ces photos sont librement consultables par tout parent (sur simple demande) et certaines peuvent apparaître sur le site internet de la MJC 21 : www.mjclussac.org ou sur des productions diverses (bilan d'activités, tracts)

Nous accordons la plus grande attention pour qu'aucune photo ne puisse porter préjudice ni à la dignité de l'enfant ni à celle de sa famille à travers lui. L'utilisation de l'image d'un enfant reste soumise à votre autorisation.

Votre accord est nécessaire, vous pouvez l'annuler à tout moment à votre convenance.

J'autorise gracieusement et temporairement la publication des images dans lesquelles peut apparaître l'enfant NON OUI

Attention, l'accueil de loisirs n'est pas responsable des objets personnels ramenés du domicile (ex : cartes Pokémon, téléphone portable, argent de poche, jouets... etc).

➔ **REGLEMENT INTERIEUR 2017 / 2018**

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur (ci-joint) et accepte l'organisation interne de l'accueil de loisirs.

A.....le...../...../.....

Signature :



FICHE SANITAIRE

N° 10008*02

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les séjours de l'enfant.

Elle évite de vous démunir du carnet de santé

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.

① **ENFANT**

Nom : Prénom :

date de naissance :

Garçon : Fille :

Adresse :

.....

② **MÉDECIN TRAITANT**

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

③ **VACCINATIONS (se réferez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)**

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Pentacoq ou Tetracoq ou		Hépatite B	
Autre :		Rubéole Oreillons Rougeole	
		Coqueluche	
		Autres (préciser)	
BCG			
Test tuberculinique :			
négatif <input type="checkbox"/>	positif <input type="checkbox"/>		

④ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

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