



NOM DE L'ENFANT : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Age : _____ ans Garçon Fille

Responsable légal de l'enfant : PERE, MERE, TUTEUR, TUTRICE

NOM _____ Prénom _____

Adresse habituelle _____

Complément d'adresse _____

Code postal _____ Commune _____ Tél. _____

Profession du père _____ Employeur _____

Tél. _____ Portable _____

Profession de la mère _____ Employeur _____

Tél. _____ Portable _____

Adresse E-mail _____

En cas d'urgence, et s'il n'est pas possible de joindre le responsable de l'enfant, prévenir :

M _____ Tél. _____

N° Sécurité Sociale dont dépend l'enfant : |____| |____| |____| |____| |____| |____| |____|

Caisse d'Allocations Familiales de Grenoble : N° d'Allocataire : |____| |____| Quotient Familial : |____| |____|

Déclaration du responsable légal de l'enfant

Je soussigné _____, responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus

- autorise mon fils, ma fille, à participer à toutes les activités du centre de loisirs ou du centre de vacances où je l'ai inscrit(e).
- m'engage à régler le montant de ma participation financière dès réception des demandes de règlement.
- m'engage à reverser à l'ACL le montant des dépenses engagées pour le transport ou le traitement en cas de maladie ou d'accident de l'enfant.
- m'engage à prendre à ma charge les frais supplémentaires (trajet et accompagnement) occasionnés par l'exclusion de l'enfant pour raison d'inadaptation.

Règlement intérieur

- l'adhésion à l'association implique l'acceptation de son règlement intérieur (consultable au siège, ou sur le site internet).

Assurances

- l'association est assurée auprès de la M.A.I.F. pour toutes les activités qu'elle organise. Cette assurance ne couvre cependant pas la perte de vêtements ou d'objets personnels appartenant aux enfants, et notamment les lunettes de vue ou de soleil.

Absence ou défection

- centres aérés : remboursement de la journée uniquement sur présentation d'un certificat médical original (remis sous 8 jours maximum)
- activités spécialisées (ski, équitation, ...) et séjours avec hébergement : tarifs forfaitaires non remboursables.

Décharge de responsabilité (concerne uniquement les enfants de 6 ans et plus)

- J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile uniquement à partir de 18h.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul à mon domicile, à partir de 17h, après la fin des activités pour lesquelles il a été inscrit, ou après l'arrivée du car de ramassage, et décharge l'ACL, le directeur, l'animateur de toute responsabilité.

Autres personnes habilitées à venir chercher l'enfant :

Grenoble, le _____
Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

REPLIR OBLIGATOIREMENT LE VERSO DE CE DOSSIER

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES POUR LA CONNAISSANCE DE VOTRE ENFANT

NOM : Prénom :

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant les activités ? 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 LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

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

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** :

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc Précisez :

.....
.....
.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Grenoble, le
Signature obligatoire