ASSOCIATION DES CENTRES DE LOISIRS
11, avenue Jean Perrot - 38100 GRENOBLE
Tel. 04 76 87 76 41 - site internet : acl-grenoble.org
Adresse mail : secretariat@acl-grenoble.org

DOSSIER D'INSCRIPTION
Année 2017 - 2018

NOM DE L'ENFANT : **Prénom :**

Date de naissance : Votre choix pour les repas : ◯ Avec viande ◯ Sans viande ☐ PAI

Age : ans ◯ Garçon ◯ Fille Ecole fréquentée : ◯ Matern. ◯ Primaire

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

NOM Prénom

Adresse

Code postal Commune Tél.

IMPORTANT : votre adresse mail

Portable du père : Employeur du père :

Portable de la mère : Employeur de la mère :

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 enfant 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 (non remboursable) implique l'acceptation de son règlement intérieur (consultable au siège, ou sur le site internet de l'association).
- la participation à nos activités suppose l'acceptation implicite de l'utilisation, par l'ACL, des photos prises lors des activités. Tout refus doit être signalé avant le séjour, par courrier adressé au directeur de l'association.

Assurances

- l'association est assurée auprès de la M.A.I.F. pour toutes les activités qu'elle organise. Cette assurance ne couvre 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). Pour les CESU et les Chèques Vacances, ce remboursement se fera sous la forme d'un avoir.
- 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, en dehors du responsable légal (avec éventuellement le n° de téléphone) :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON - Nom et Prénom de l'enfant :

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

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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	◯ oui	◯ non	VARICELLE	◯ oui	◯ non	ANGINE	◯ oui	◯ non
ROUGEOLE	◯ oui	◯ non	SCARLATINE	◯ oui	◯ non	COQUELUCHE	◯ oui	◯ non
OTITE	◯ oui	◯ non	OREILLONS	◯ oui	◯ non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	◯ oui	◯ 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, est-il sujet au mal des transports, etc ... ? Précisez :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et sur cette fiche sanitaire de liaison, 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, précédée de la mention "lu et approuvé"

Conformément aux dispositions de la Commission Nationale Informatique et Libertés, nous vous rappelons que vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'accès et de rectification auprès de notre association (loi du 6 janvier 1978, article 27)