



ASSOCIATION DES CENTRES DE LOISIRS

11, avenue Jean Perrot - 38100 GRENOBLE
Tel. 04 76 87 76 41

DOSSIER DE L'ENFANT Adhésion année 2018 - 2019

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 Collège

Responsable légal inscrivant l'enfant : PERE MERE AUTRE (précisez) :

NOM Prénom

Adresse

Code postal Commune Tél.

Profession et Employeur

Adresse mail de contact :@.....

Par défaut, tous les documents sont envoyés par mail. Je préfère recevoir tous les documents par courrier postal.

Autre responsable légal de l'enfant : Tél.

CAF de l'Isère n° Alloc. | | MSA n° | | 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.
- 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 forme d'avoir (valable 1 an).
- 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 à prévenir en cas d'urgence, et habilitées à venir chercher l'enfant, en dehors du ou des responsables légaux :

NOM	Prénom	N° de téléphone

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

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		BCG	
		Autres (préciser)	

Si l'enfant ne possède 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 ? (cochez les cases)

<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>	Angine
<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Coqueluche
<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu

ALLERGIES (cochez les cases)

<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Médicamenteuses
<input type="checkbox"/>	Alimentaires	<input type="checkbox"/>	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 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 au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données personnelles, dans les conditions prévues par la loi. Nous contacter pour exercer votre droit.